



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Salud de las Personas

# DOCUMENTO DE TRABAJO

DOCUMENTO TÉCNICO

“MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA”

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS**

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

# DOCUMENTO DE TRABAJO

**DOCUMENTO TÉCNICO: MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

**ÍNDICE**

I. INTRODUCCIÓN	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVO	3
IV. BASE LEGAL	3
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.	5
VI. SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN EL PERÚ	7
VII. MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL PERU	22
VIII. COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA	28
IX. ANEXOS	
X. BIBLIOGRAFÍA	

## DOCUMENTO TÉCNICO: MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

### I INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud según estipula la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud, es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del Sistema nacional de Salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias y expectativas de la población; es que en el ejercicio de esta función rectora que el MINSA ha visto por conveniente elaborar el presente Documento Técnico "Modelo de Gestión Hospitalaria" con el objetivo de que se disponga de un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

Un hospital se constituye en una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, sumado a la problemática que atraviesan actualmente los hospitales en el Perú, igualmente compleja, y a las importantes deficiencias que se procesan en la gestión de estos establecimientos de salud, se hace necesario generar acciones para fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones

El Documento Técnico partiendo de un análisis de la situación desarrolla un Modelo de Gestión sobre la base de Lineamientos de Gestión Hospitalaria, definiendo un enfoque de descripción en una dimensión de tres niveles de gestión, Macrogestión, Mesogestión y Microgestión hospitalaria, con el fin de tener coherencia integralidad y mayor impacto en las intervenciones. En el marco de esos 03 niveles, el Modelo de Gestión Hospitalaria se define en 10 componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital. Los componentes del Modelo son los siguientes: 1) Gestión Clínica 2) Gestión Administrativa 3) Gestión de Recursos Humanos 4) Gestión de Recursos Tecnológicos 5) Gestión del Sistema de Información 6) Investigación y Docencia 7) Financiamiento y Mecanismo de Pago 8) Plataforma Organizativa 9) Plataforma Estratégica 10) Plataforma Jurídica. Finalmente en la sección de anexos se desarrollan 10 matrices que dejan planteadas medidas para operativizar cada uno de los 10 componentes del Modelo.

En tal sentido, el Ministerio de Salud pone a disposición el presente Documento Técnico, como un marco conceptual de gestión hospitalaria, que se proyecta que en la práctica se operativice en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención en función a la realidad y a las necesidades que demanda la población de estos establecimientos de salud.

## II FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

## III OBJETIVO

### Objetivo General

Establecer un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a través de un conjunto de políticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos para que al operar coherentemente establezcan la forma de conducir los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención y dirigir su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco de una red de servicios de salud.

### Objetivos Específicos

1. Fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones.
2. Mejorar la eficiencia de los servicios.
3. Mejorar la calidad de las prestaciones.

## IV BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27293 - Ley que crea el Sistema Nacional de Inversión Pública.
3. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
4. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
5. Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado.
6. Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización.
7. Ley N° 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
8. Ley 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública.
9. Ley N° 28112 - Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público.
10. Ley 28175 - Ley Marco del Empleo Público.
11. Ley N° 28411 - Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
12. Ley N° 28522 - Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 054-2005-PCM.
13. Ley N° 28693 - Ley General del Sistema Nacional de Tesorería.
14. DL 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de las Remuneraciones del Sector Público.
15. DS N°005-2000-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°27657: "Ley que institucionaliza la Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina".
16. DS 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N°27657: "Ley del Ministerio de Salud".
17. DS N° 004-2003 Reglamento de la Ley N°27813 "Ley del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud".
18. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
19. DS N°083-2004-PCM Modificado por Ley N°28267: Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado.

20. DS N°021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRÉS).
21. DS-024-2005, que aprueba DT OGEI/ODT N° 1: "Identificación Estándar de Dato en Salud".
22. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
23. DS N° 004-2007-SA Listado priorizado de intervenciones sanitarias para establecimientos de salud que reciben financiamiento del SIS.
24. DS N° 102-2007 EF "Reglamento del Sistema Nacional de Inversión Pública".
25. DS 204-2007 que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29125: " Ley que establece la Implementación y el funcionamiento del Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local - FONIPREL".
26. Resolución Ministerial N° 482-96-SA/DM, que aprueba las Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria.
27. RM 1942-2002 SA/DM, que aprobó la Directiva N°001-2002 OGEI "Normas Generales sobre acciones de Sistemas de Información, Estadística e Informática en el Ministerio de Salud".
28. RM N°575-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Redes de Salud.
29. DS N° 163-2004/EF, establecen disposiciones para la mejora de la calidad del gasto público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público.
30. RM 751-2004-MINSA/DGSP, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
31. Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
32. RM 111-2005/MINSA, que aprueban los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
33. RM 335-2005 - "Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación y Mitigación de Riesgos en los EESS y Servicios Médicos de Apoyo".
34. RM 422-2005-MINSA, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
35. RM 474-2005-MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
36. Resolución Ministerial N° 588-2005/MINSA, que aprueba el "Listado de Equipos Biomédicos Básicos para Establecimientos de Salud".
37. RM 826-2005-MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
38. RM 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
39. RM 386-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 042-MINSA-DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
40. RM 423-2006 MINSA - Reglamento CAFAE.
41. RM 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
42. RM 520-2006 MINSA, que aprobó los "Lineamientos de Política de Seguridad de la Información".
43. RM 575-2006 MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N°090 MINSA/OGEI V.01 "Directiva Administrativa de Gestión de la Seguridad de la Información en el Ministerio de Salud".
44. RM 597-2006-MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
45. RM 600-2006, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Comité Nacional de Pregrado en salud – CONAPRÉS.
46. RM 603-2006-MINSA, que aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.

47. RM 704-2006/MINSA , que aprueba los Documentos Técnicos : "Glosario de Términos en el Marco de los Lineamientos de Política Tarifaria para la gestión de servicios de salud" , "Guía Metodológica de Determinación de Costos de Servicios de Salud para el Sector Salud" y "Catálogo de Unidades Productoras de Servicios en los Establecimientos del Sector Salud".
48. RM 912-2006 - Directiva Administrativa N°099 MINSA/OGEI V.01 "Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos de Cómputo y Comunicaciones del Ministerio de Salud".
49. RM 1138-2006 MINSA - Directiva Administrativa N° 103 "Evaluación del Desempeño de Directores de Hospitales e Institutos"
50. RM 1178-2006 MINSA - "Conformación del Comité Nacional de Normalización de Competencias Laborales en salud".
51. RM 456-2007-MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
52. Análisis de Situación de Salud del Perú: ASIS 2005.
53. RM 589-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud".
54. RD N° 009-2007-EF/68.01 "Directiva General del Sistema Nacional de Inversión Pública".
55. RD N° 027-2007-EF/76.01, aprueba "Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el Marco del Presupuesto por Resultados".
56. Directiva Administrativa que regula los Procesos de Pago para las prestaciones de salud del SIS RM 422-2006-MINSA.
57. Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud (PESEM) 2008-2011 – MINSA.
58. Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio 2001-2006 – MINSA.

## **V ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Documento Técnico es de aplicación en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención de la red prestacional del Ministerio de Salud e indicativo para los demás establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, que incluye a los privados, los de EsSalud, Municipalidades, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú.

## **VI SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN EL PERÚ**

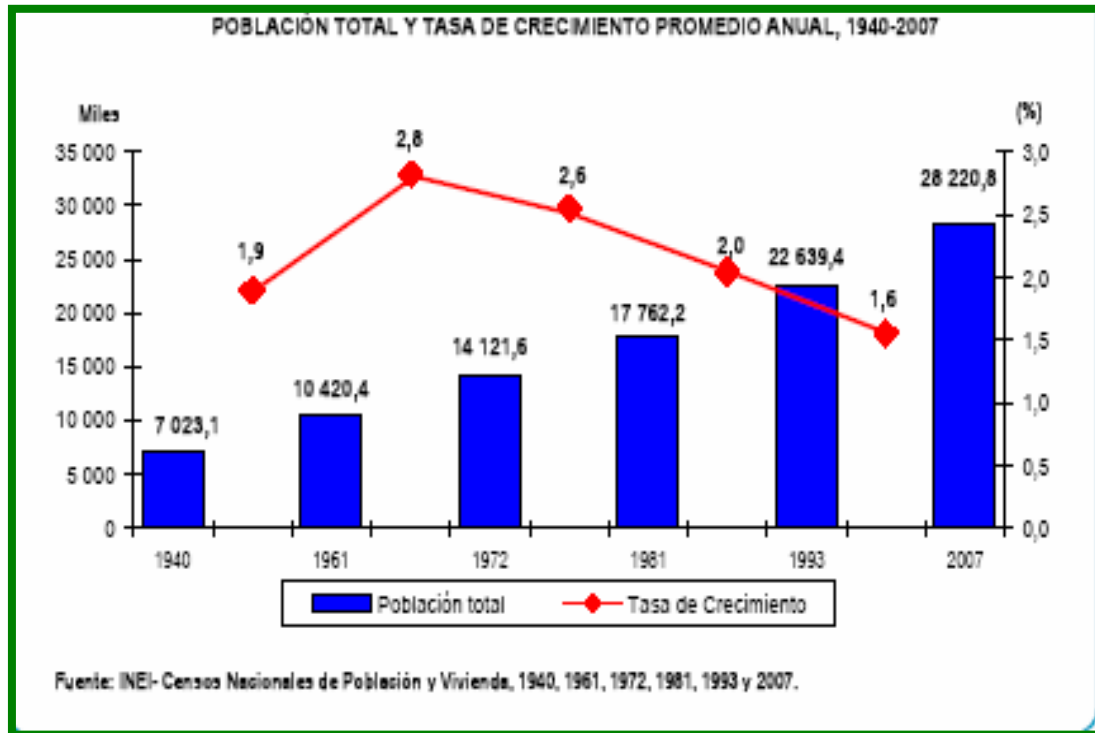
### **VI. SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN EL PERÚ**

#### **VI.1 CONTEXTO NACIONAL EN DONDE SE DESENVUELVE LA GESTIÓN HOSPITALARIA**

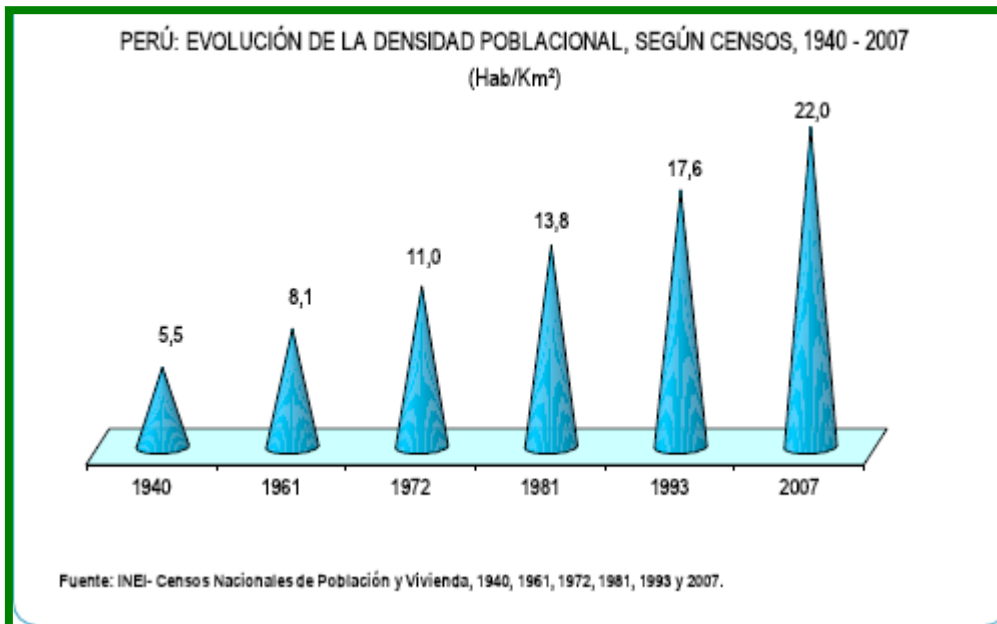
La población del Perú según el censo del año 2007 es de 28220,764 habitantes. Lima concentra cerca de la tercera parte de la población nacional con un 30.8% del total, siendo los departamentos más pobladas Piura, La Libertad, Cajamarca y Puno, que en conjunto con Lima concentran más de la mitad de la población nacional con un 52.5% del total.

En el periodo intercensal de 1993 al 2007, que son 14 años, la población total del país se incrementó en más de 5 millones de habitantes, es decir un incremento del 24,7% respecto a la población de 1993. Respecto a América del Sur el Perú es el cuarto país más poblado después de Brasil, Colombia y Argentina y en relación América Latina es el quinto país más poblado después de Brasil, México, Colombia, Argentina.

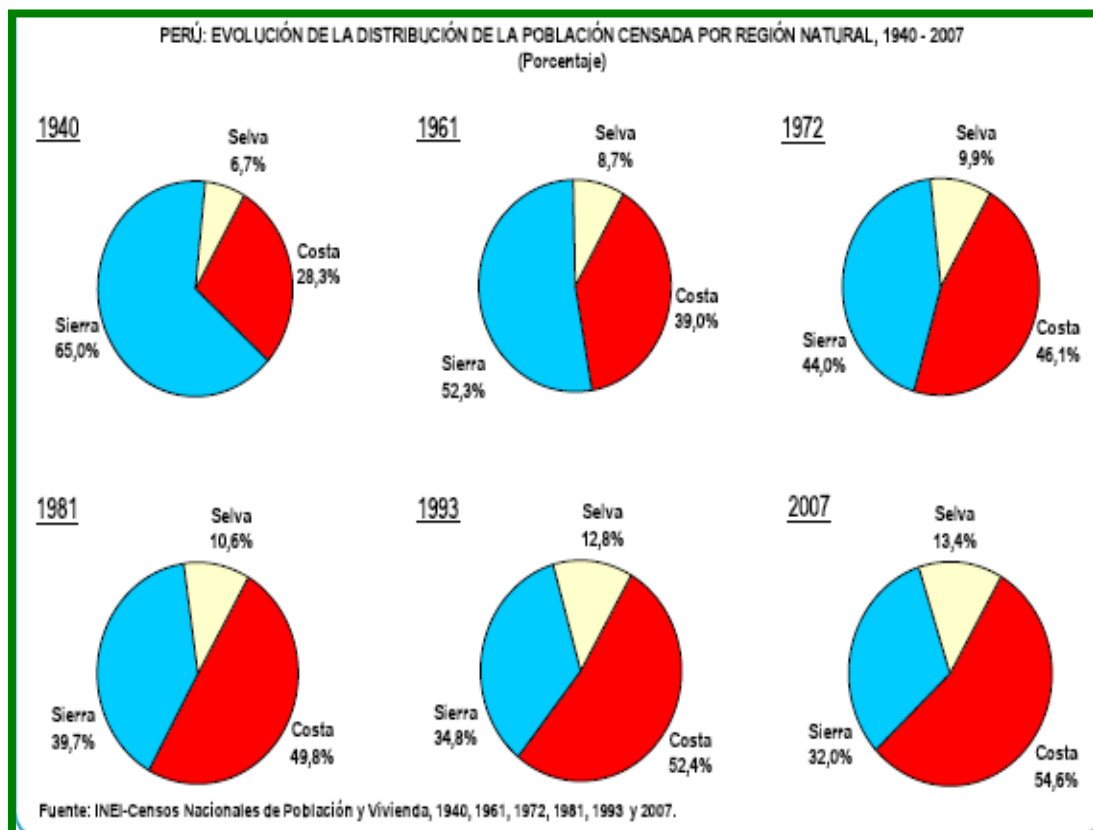
La tasa de crecimiento poblacional anual ha descendido en los últimos 46 años, para el período 1993-2007 fue de 1.6%, sin embargo no todas las regiones del país han disminuido esta tasa de crecimiento anual como son Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Lima y San Martín



La densidad poblacional del Perú para el año 2007 fue de 22 Hab/km<sup>2</sup> en los últimos 67 años se ha incrementado en cuatro veces su valor, con relación a América del Sur siendo el Perú es el tercer país de mayor extensión geográfica, se ubica en quinto lugar entre los países con mayor densidad poblacional después de Ecuador, Colombia, Venezuela y Brasil



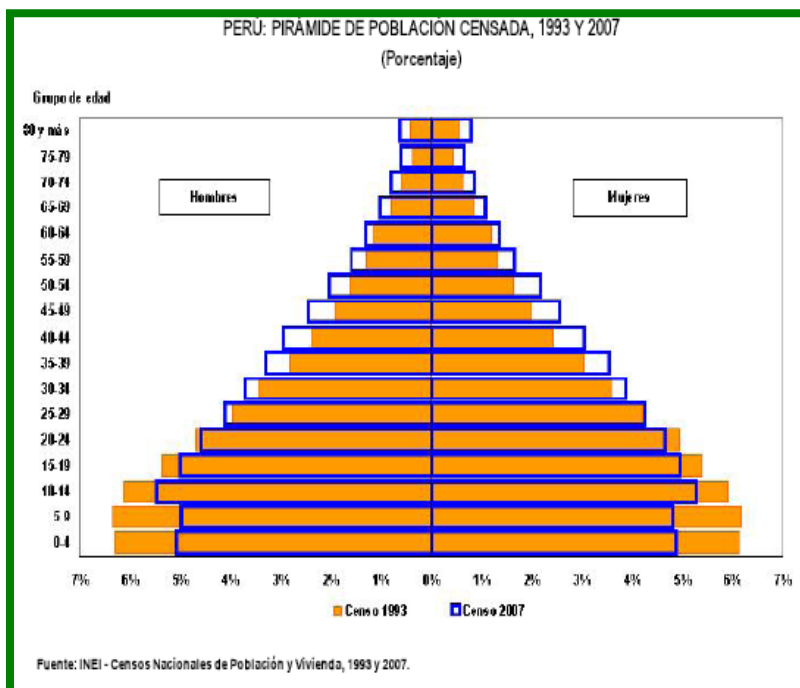
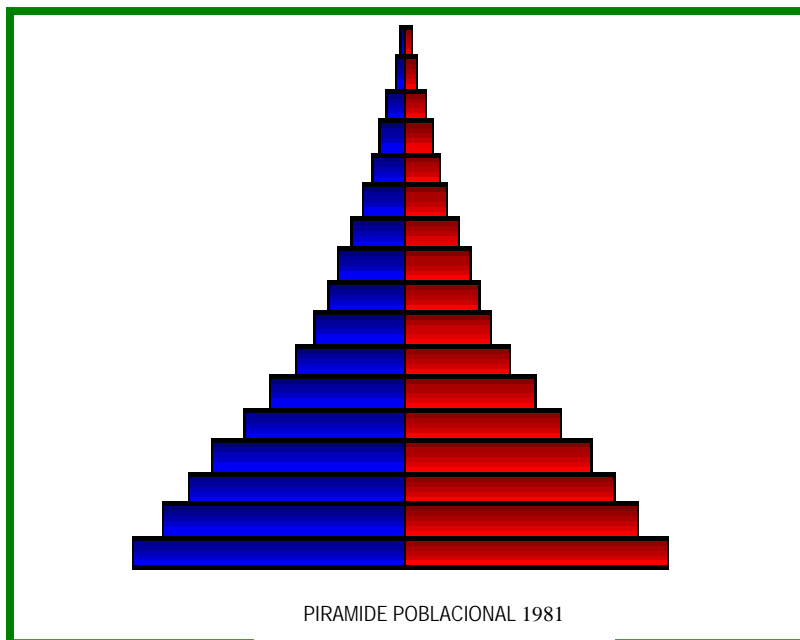
Según la distribución espacial de la población por regiones naturales, se encuentra que la costa alberga más de la mitad de la población del país con un 54.6%, observándose a lo largo de los años que ha habido cambios sustanciales en la distribución de la población, que ha pasado de ser predominantemente andina a mayoritariamente costeña. Asimismo la población peruana se encuentra relativamente urbanizada, mientras que en 1940 el 35.4% vivía en las ciudades, para el año 2007 este porcentaje se ha incrementado a 75.9%.





La composición por grupos etáreos ha sufrido cambios importantes, de una pirámide de base ancha, indicador de altas tasas de natalidad, rápido adelgazamiento que significa altas tasas de mortalidad en la niñez, y vértice agudo, reflejo de corta expectativa de vida, paulatinamente ha cambiado de forma al 2007 se aprecia una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en el centro, lo que refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa; así mismo un mayor proporción de la población adulta mayor, lo que indica el proceso de envejecimiento de la población peruana.

### PERU PIRÁMIDE POBLACIONAL 1981, 1993 y 2007



El índice de envejecimiento se ha duplicado en los últimos 50 años, en el 2005 existían aproximadamente 23 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años y la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en todas las regiones en los últimos 30 años, siendo actualmente a nivel nacional de 71.2 años, siendo en promedio este indicador 5 años mayor en las mujeres que en los hombres.

Los cambios en los indicadores demográficos han determinado que se desarrolle en diferentes grados el proceso de transición demográfica en las regiones del país, habiendo Lima, Callao y Moquegua completado su transición.

#### INDICADORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN QUINQUENIOS. PERÚ, 1950-2005

Indicadores de Fecundidad	Años en Quinquenio		
	1950-1955	1985-19990	2000-2005
Nacimientos anuales (en miles)	384	644	628
Tasa bruta de natalidad (por mil)	47.08	31.22	23.3
Tasa global de fecundidad	6.85	4.1	2.86
Tasa bruta de producción	3.34	3	1.4
Tasa neta de producción	2.15	1.77	1.3

Fuente: INEI

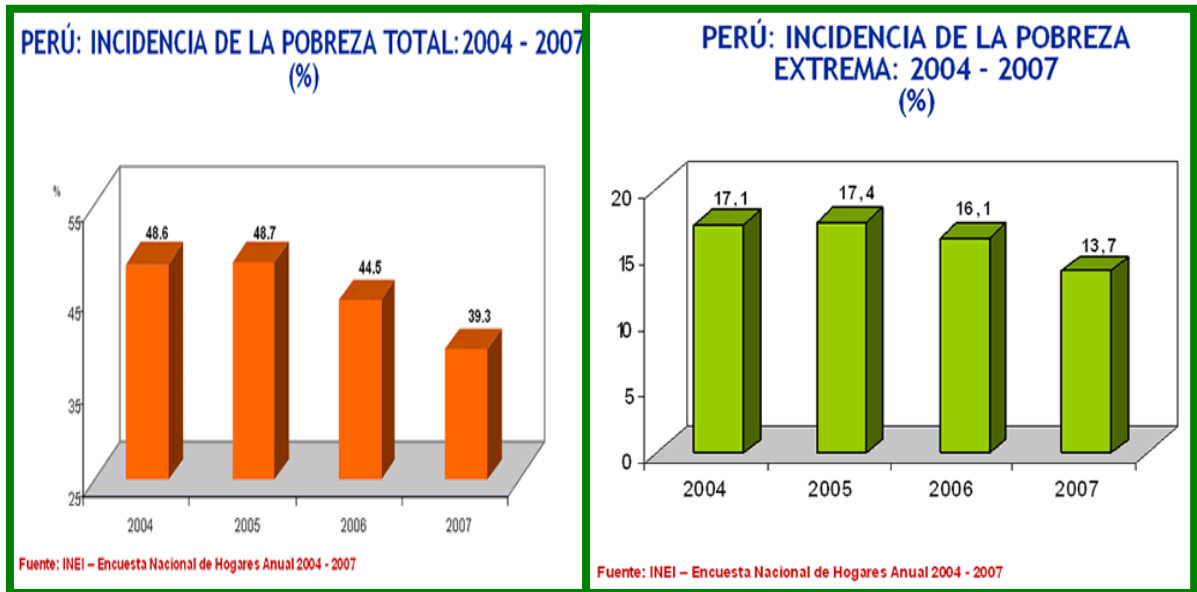
El proceso de transición demográfica se inicia con la disminución de las tasas de mortalidad infantil, con la posterior disminución de tasas de fecundidad se originó un cambio en la composición general de los grupos etáreos en la población, que incidió en los niveles de esperanza de vida al nacer y de envejecimiento. Se puede apreciar que existe

#### CLASIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. PERÚ 2005

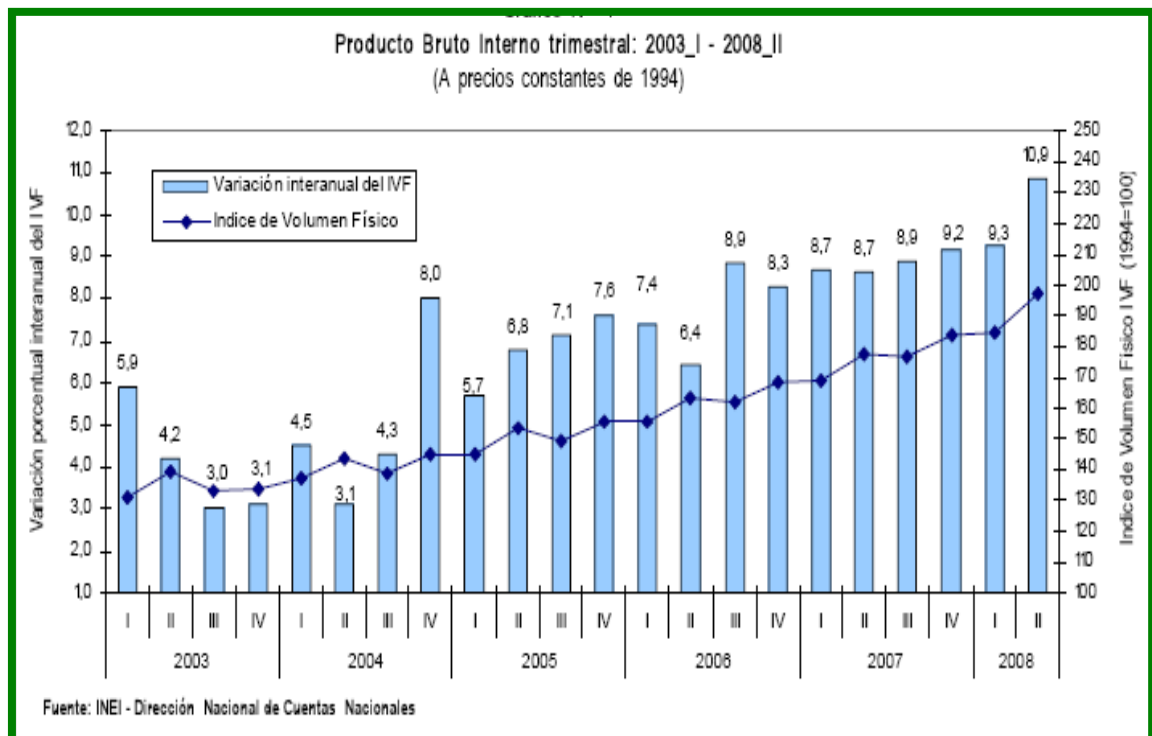
I	II	II	III	IV	V
Incipiente	Recargada	En avance	Plena transición	Avanzada	Completa
Fecundidad elevada	Fecundidad elevada		Fecundidad moderada	Fecundidad baja	Fecundidad de reemplazo
Mortalidad elevada	Mortalidad moderada		Mortalidad moderada	Mortalidad baja	Mortalidad baja
Huancavelica	Apurímac	Amazonas	Pasco	Arequipa	Lima
	Puno	Ancash	San Martín	Ica	Callao
	Ayacucho	Cajamarca	Piura	La libertad	Moquegua
	Loreto	Ucayali		Lambayeque	
	Hánuco	Junín		Tacna	
	Cusco	Madre de Dios		Tumbes	
TGF 6.1	TGF 3.8-4.3	TGF 3.2-3.8	TGF 2.7-3.3	TGF 2.0-2.9	TGF 2.1
E° 59.1	E° 62.3-66.9	E° 67.3-70.1	E° 68.1-70.3	E° 71.4-74.2	E° 73.6

Fuente: INEI

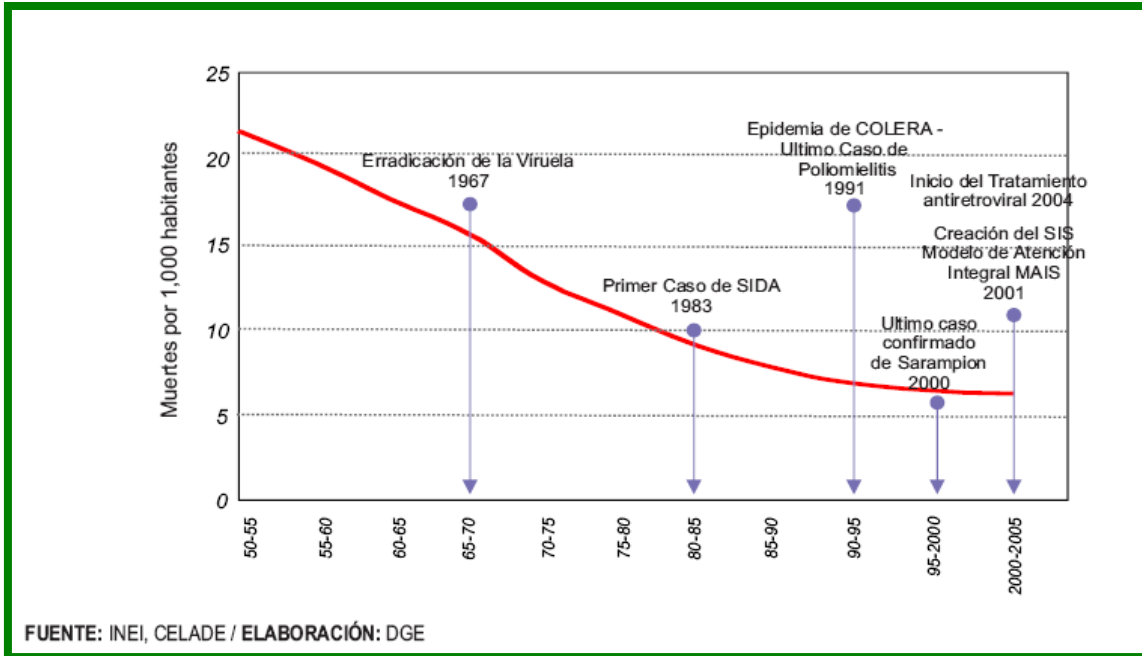
La incidencia de pobreza total, según cifras del INEI, se ha reducido llegando al 2007 a 39.3%, al igual que la incidencia de pobreza extrema, que para el 2007 es de 13.7%.



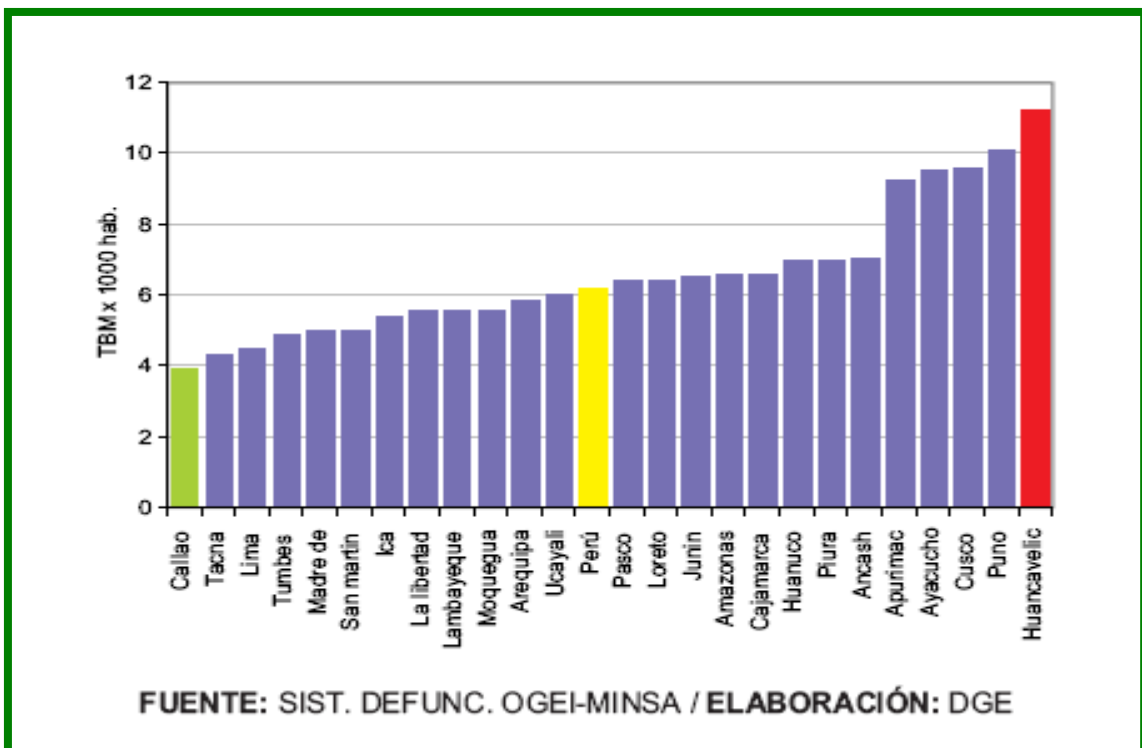
El Producto Bruto Interno en el país presenta un comportamiento positivo, desde el tercer trimestre del 2001 y a partir del 2004 el PBI viene registrando tasas de crecimiento interanuales superiores a los cinco puntos porcentuales, respecto al mismo periodo del año anterior.



Durante el periodo 200-2005, se estimó que por cada 1000 habitantes ocurrían 6 muertes, presentando desde 1950 la tasa bruta de mortalidad una tendencia decreciente, esto debido en gran parte a la disminución de la mortalidad infantil en el país. Esta tendencia puede apreciarse en todo el Perú, pero algunas regiones se presentaron tasas que superaron el valor nacional como Huancavelica, Puno, Cusco, Ayacucho, Apurímac, Ancash, Piura y Huánuco.



### TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR REGIONES. PERÚ 2002



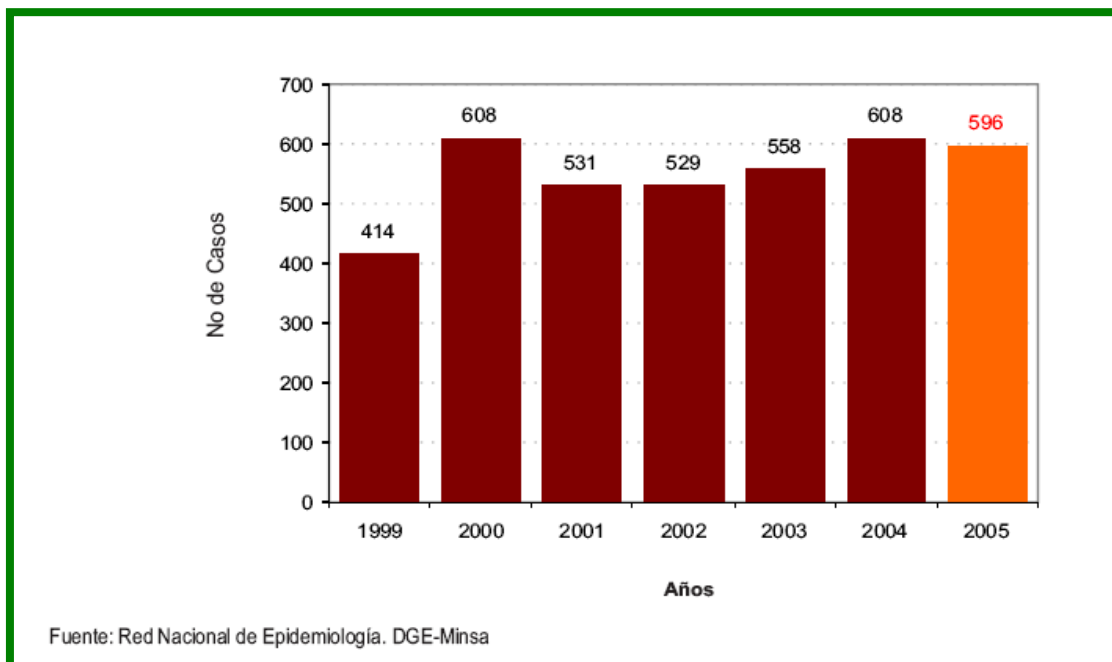
La tendencia de la tasa de mortalidad infantil en el Perú ha experimentado una disminución progresiva en los últimos 50 años. Para el período 200-2005 se calcularon 33.6 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. Según las proyecciones se calcula que la reducción de mortalidad infantil podría llegar en el año 2025 a 15x1000 nacidos vivos.

### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADA (POR MIL NACIDOS VIVOS) POR QUINQUENIO, PERÚ 1950-2050



Durante el 2005 se registraron 596 defunciones maternas, 2% menos que el año 2004. Del total de muertes maternas notificadas en el año 2005, 73% se debieron a causas directas del embarazo parto o puerperio, 18% a causas indirectas, 4% a causas accidentales y un 5% no registraron causa de muerte. De las muertes ocurridas por causa directas el 55% correspondió a hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa y desgarro del cuello uterino entre las principales), 31% a patología hipertensiva del embarazo, 9% por aborto y un 5% por infección (endometritis puerperal, infección de herida operatoria y otros).

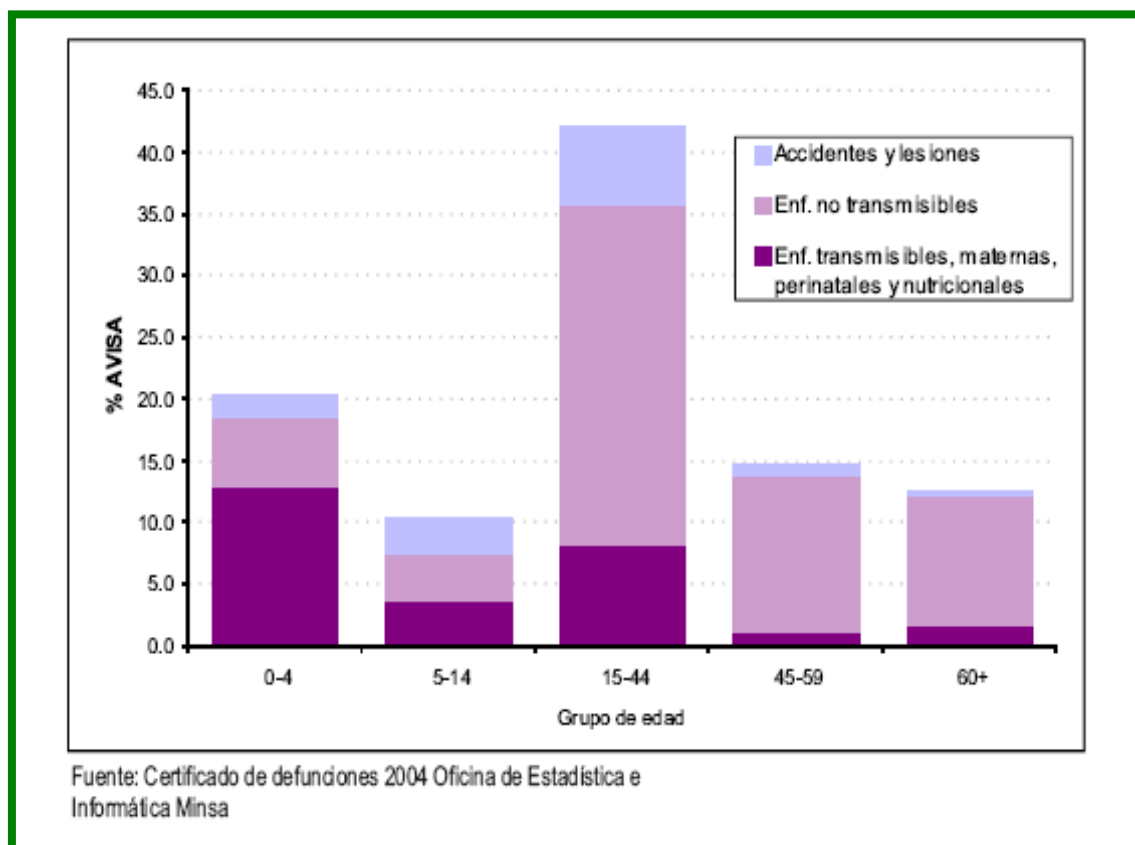
### COMPORTAMIENTO DEL NÚMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS PERÚ, 1999-2005



Según el Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú 2004, se perdieron aproximadamente 5'557,669 años de vida saludable (AVISA) lo que representa una pérdida de 201.9 AVISA por cada 1000 habitantes.

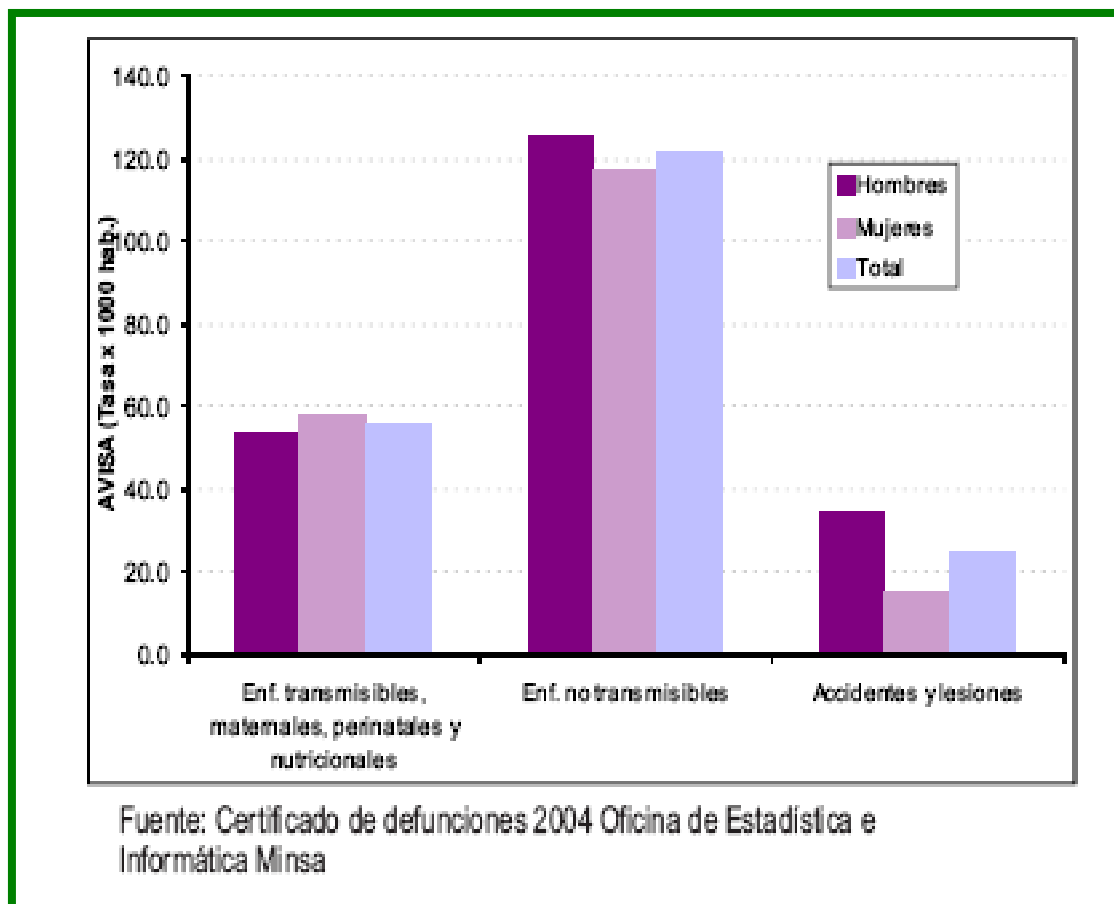
Según los grandes grupos de categoría de la carga de enfermedad, las enfermedades no transmisibles son la principal causa de pérdida de AVISA en el Perú, representando el 60% del total de carga, el segundo lugar lo ocupan las enfermedades transmisibles maternas, perinatales y nutricionales con un 27.6% y en tercer lugar están los accidentes y lesiones con un 12.2%. Las enfermedades no transmisibles es la principal causa de AVISA en todos los grupos etáreos, a excepción del grupo de 0-4 años, en la que la principal causa de AVISA sigue siendo las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales.

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE AVISA SEGÚN GRUPOS ETÁREOS Y GRUPO DE CATEGORÍAS, AÑO 2004



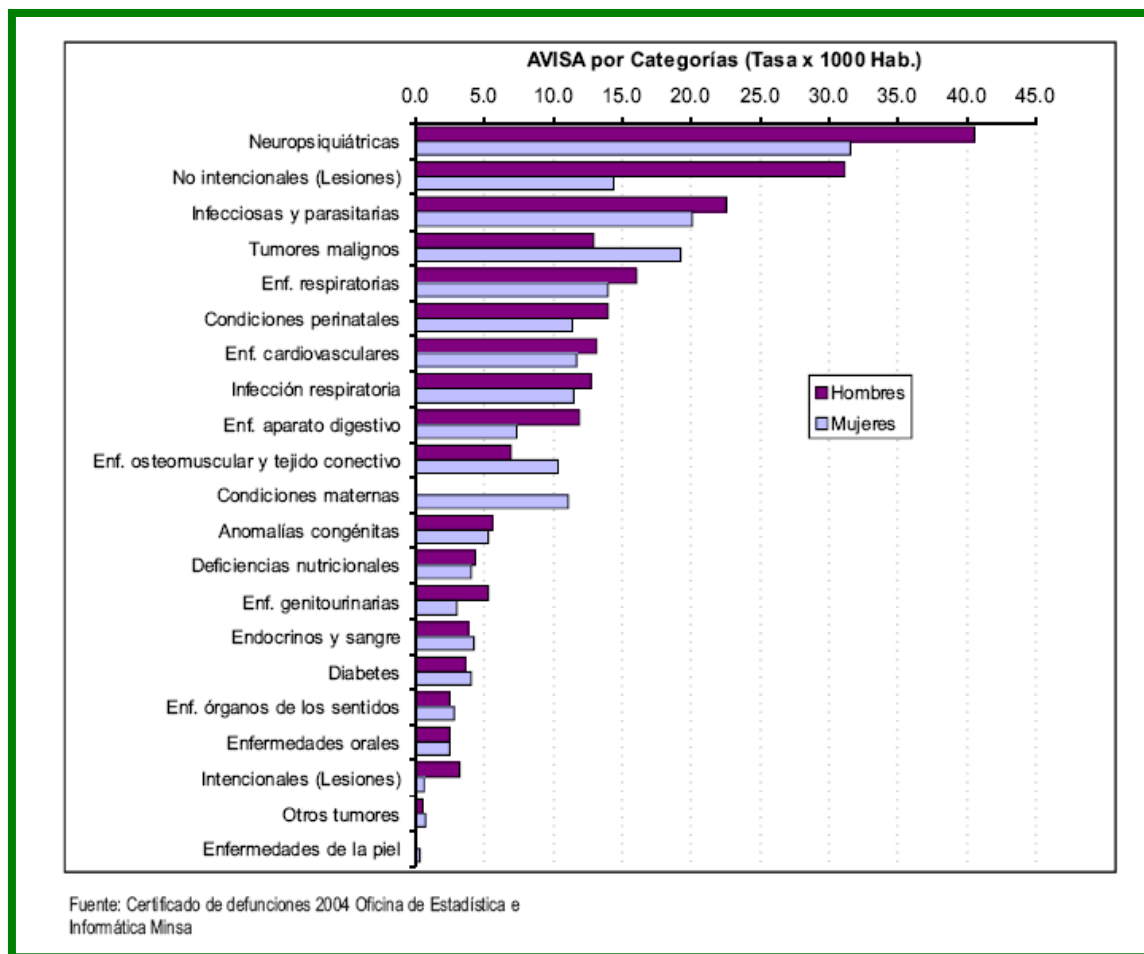
En los hombres la carga de morbilidad del grupo de accidentes y lesiones supera el porcentaje en 2.3 veces más al de las mujeres, al igual que el de enfermedades no transmisibles que es de 1.08 veces más, sin embargo en las enfermedades transmisibles el porcentaje es 1.07 veces más en las mujeres en relación al de los hombres.

### TASA DE AVISA POR GRUPO DE CATEGORÍA SEGÚN SEXO, AÑO 2004



La principal causa de AVISA por categoría corresponde a las enfermedades neuropsiquiátricas, que pierden 36 años de vida por mil habitantes; por subcategorías de la clasificación de carga de enfermedad, las quince primeras causas acumulan el 49.5% del total de carga de enfermedad en el Perú, siendo la principal causa las otras infecciones, que incluye principalmente enfermedades como septicemia, encefalitis viral, bartonelosis, intoxicación alimentaria bacteriana, cisticercosis, parasitosis intestinal, equinococosis, infección baxtriana. Después de las otras infecciones se ubica la depresión unipolar, la cual produce una mayor pérdida de a los en mujeres (13.7 por cada 1000 habitantes), seguido de las infecciones de las vías respiratorias bajas y abuso de alcohol, esta última es mayor en hombres perdiéndose aproximadamente 16.3 años de vida saludables debido a discapacidad por cada 1000 habitantes hombres en el Perú

## DISTRIBUCIÓN DE AVISA POR MIL HABITANTES SEGÚN CATEGORÍAS Y SEXO



## QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE AVISA POR SUBCATEGORÍA DURANTE EL 2004 POR HOMBRES Y MUJERES EN EL PERÚ

N°	SUB CATEGORÍAS	AVISA (años)			AVISA (porcentaje del total)			AVISA (Tasa x 1000 hab)		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1	Otras infecciones ( * )	352,038	173,734	178,304	6.3	3.1	3.2	12.8	12.5	13.0
2	Depresión unipolar	289,389	101,858	187,531	5.2	1.8	3.4	10.5	7.4	13.7
3	Infecciones vías respiratorias bajas	265,306	141,383	123,923	4.8	2.5	2.2	9.6	10.2	9.0
4	Abuso de alcohol	246,182	226,053	20,129	4.4	4.1	0.4	8.9	16.3	1.5
5	Otros accidentes	201,153	140,880	60,273	3.6	2.5	1.1	7.3	10.2	4.4
6	Neumoconiosis / neumonitis	190,406	100,153	90,253	3.4	1.8	1.6	6.9	7.2	6.6
7	Anoxia, asfixia, trauma al nacimiento	165,052	89,268	75,785	3.0	1.6	1.4	6.0	6.4	5.5
8	Accidentes circulación	164,066	119,509	44,557	3.0	2.2	0.8	6.0	8.6	3.3
9	Otras enfermedades respiratorias	150,049	84,099	65,950	2.7	1.5	1.2	5.4	6.1	4.8
10	Caídas	141,849	93,586	48,263	2.6	1.7	0.9	5.1	6.8	3.5
11	Enfermedades endocrinas y de la sangre	111,728	93,586	152,248	2.7	0.0	2.7	5.5	0.0	11.1
12	Parto obstruido	107,780	-	107,780	1.9	-	1.9	3.9	-	7.9
13	Diabetes Mellitus	106,042	50,692	55,350	1.9	0.9	1.0	3.8	3.7	4.0
14	Esquizofrenia	102,352	53,772	48,579	1.8	1.0	0.9	3.7	3.9	3.5
15	Otras enfermedades del aparato digestivo	100,779	60,529	40,250	1.8	1.1	0.7	3.7	4.4	2.9

( \* ) Otras Infecciones: Corresponde a las siguientes diagnósticos según CIEX: Códigos: A20-A28, A31-A32, A38, A42-A49, A65-A69, A70, A72-A79, A92-A99, B00, B01-B04, B06-B09, B15, B19, B25-B49, B58-B60, B64, B66-B72, B75-B76, B78, B79-B83, B85-B89, B92-B99, N70-N73).



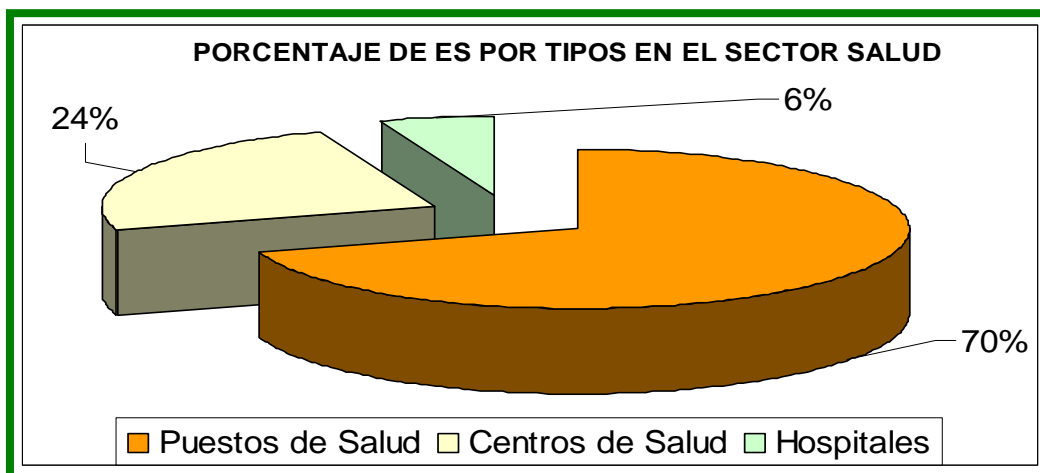
## VI.2 OFERTA HOSPITALARIA

La oferta en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención se le considerará como oferta hospitalaria para efectos de este análisis, el cual abordará la oferta en términos de su dimensión, capacidad productiva y desempeño de la gestión hospitalaria.

### Dimensión de oferta hospitalaria

El sistema de salud del país está diferenciado en tres niveles de atención<sup>1</sup> en el primer nivel de atención se encuentran los establecimientos categorizados como I-1, I-2, I-3 y I-4, que corresponden en el MINSA a puestos y centros de salud, en el segundo nivel de atención las categorías II-1 que corresponden a hospitales locales de baja complejidad y II-2 que corresponden a hospitales de mediana complejidad, y en el tercer nivel las categorías III-1 referente a hospitales mayormente nacionales de alta complejidad, y III-2 correspondiente a los institutos especializados.

Según el reporte sectorial de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA<sup>2</sup>, del total de establecimientos de salud del país que suman 8,055, el mayor número corresponde al primer nivel de atención, con 5,670 puestos de salud y 1,932 centros de salud, mientras que los que corresponden al segundo y tercer nivel de atención suman un total de 453

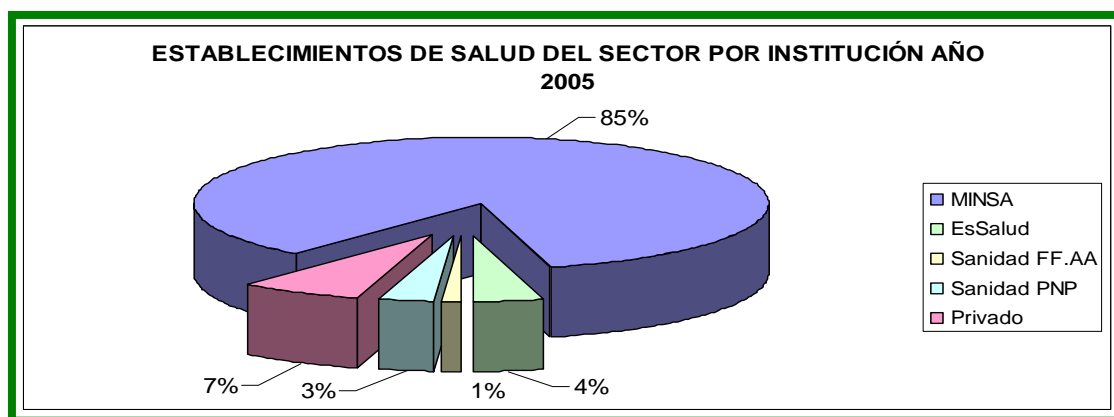


Fuente Boletín de la OGEI MINSA Vol 5—2005

En el Perú, la estructura global de la oferta está concentrada en los establecimientos de salud administrados por el MINSA, en relación a los establecimientos en general el 85% son del MINSA, el 7% del Sub Sector Privado, el 4% a EsSalud, un 3% de la Sanidad de la PNP y un 1% de la Sanidad de las FF. AA.

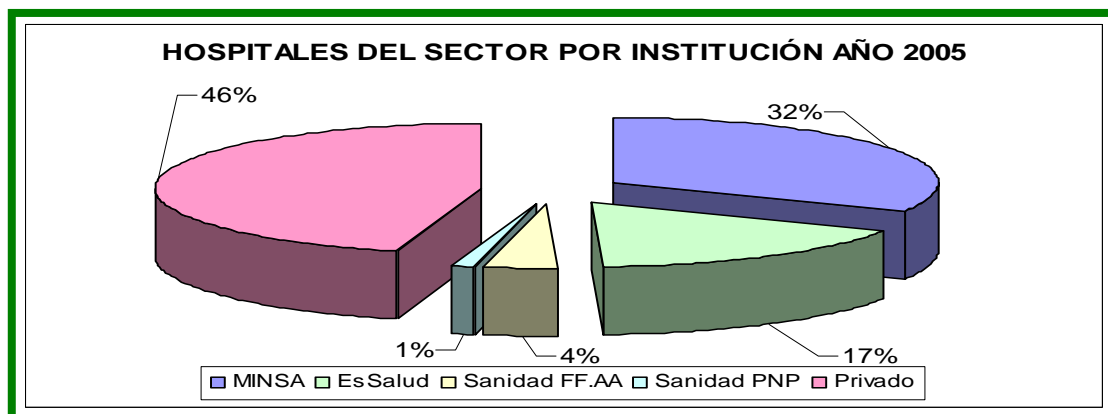
<sup>1</sup> Norma Técnica de Categorías de Establecimientos de Salud del Sector, aprobada con RM N° 776

<sup>2</sup> Boletín de la OGEI-MINSA. Vol.5-2005. Diciembre de 2005.Lima Perú



Fuente Boletín de la OGEI MINSVA Vol. 5--2005

En el caso de los hospitales, estos porcentajes cambian, el 46 % es administrado por el Sub Sector Privado, el 32% por el MINSVA, el 17% por EsSalud y el 4% por la Sanidad de las FF.AA. y el 1% por la Sanidad de la PNP.

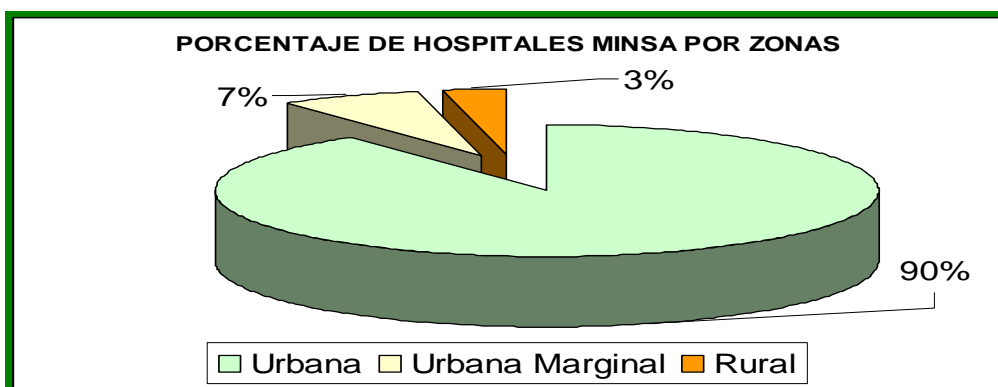
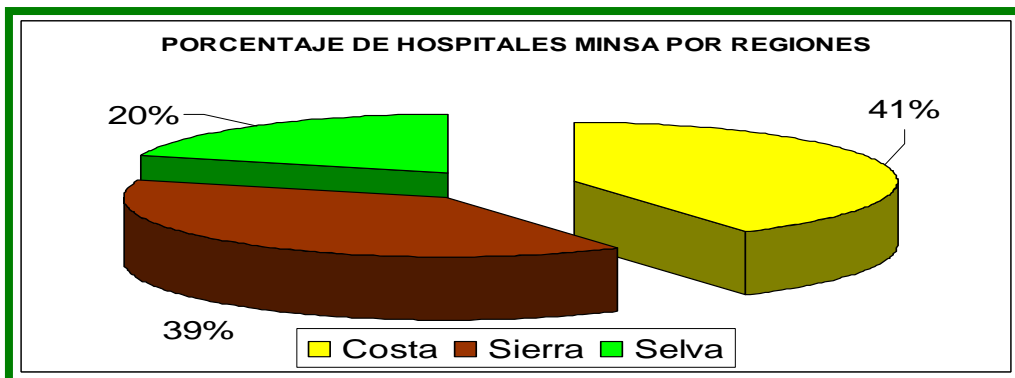


Fuente Boletín de la OGEI MINSVA Vol 5--2005

Esto significa que la concentración de oferta es prioritariamente en el primer nivel de atención en el MINSVA, y en el caso del segundo y tercer nivel de atención en el Sub Sector Privado, lo cual obedece a las orientaciones en las inversiones, mientras que en el MINSVA se ha priorizado las inversiones hacia la creación de establecimientos de salud del primer nivel de atención con un fuerte enfoque preventivo, por ser consideradas estas inversiones mas costo-efectivas por las autoridades de salud para reducir problemas de inequidad y mejoramiento del estado de salud, el Sub Sector Privado orienta sus inversiones con un enfoque curativo hacia servicios con mayor grado tecnológico y con un mercado objetivo centrado en los estratos medio-alto de la población urbana (35% de la población total).

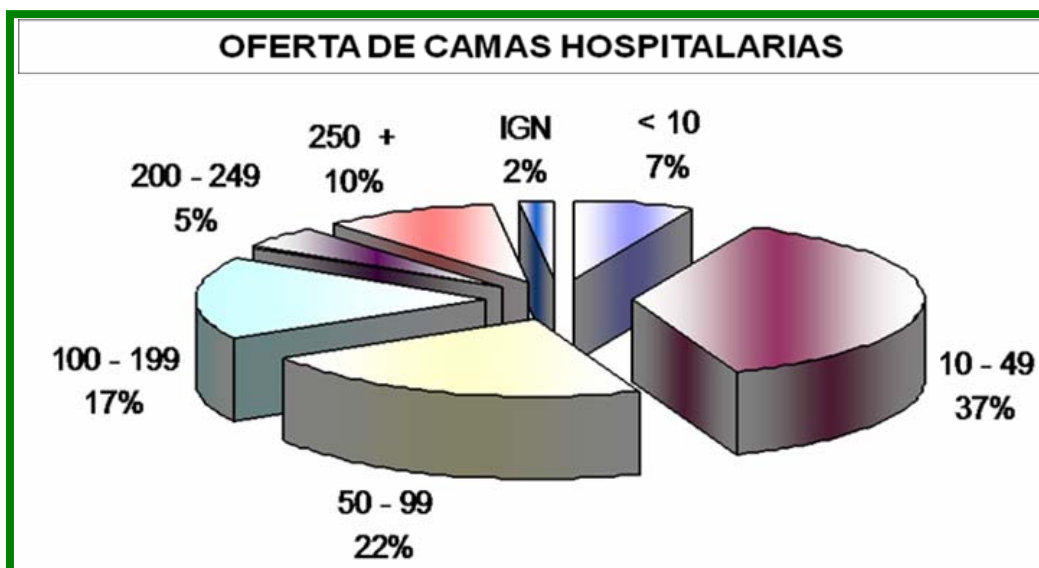
En relación a la distribución geográfica de la oferta hospitalaria, según datos del Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales MINSVA<sup>3</sup> del total de hospitales del MINSVA, que son 147(considerando 139 hospitales y 8 institutos especializados), el mayor porcentaje se encuentra en la costa con un 41%, seguido de cerca por un 39% en la sierra y solo un 20% en la selva, concentrándose en zonas urbanas en un 90% de los casos.

<sup>3</sup> Este Censo no consideró los resultados de la categorización de ES MINSVA, porque estaba ésta en proceso, en relación a los datos del Boletín de la OGEI, incorporó el nuevo hospital de San Juan de Lurigancho totalizando 147 hospitales.



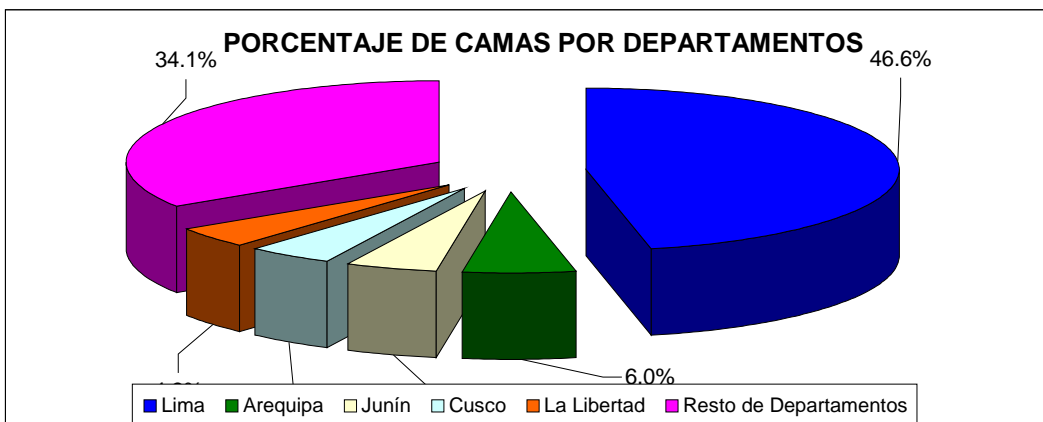
Fuente: Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA.

Según el rango de oferta de número de camas hospitalarias, se tiene que el mayor número de hospitales, se encuentra entre los que poseen entre 10 a 49 camas el 37%, de 50 a 99 camas un 22% y 100 a 199 camas un 17%. Hospitales de gran tamaño son menos, se tienen de 200 a 249 camas un 5% y de más de 250 camas un 10%, hospitales pequeños con menos de 10 camas son un 7% del total.



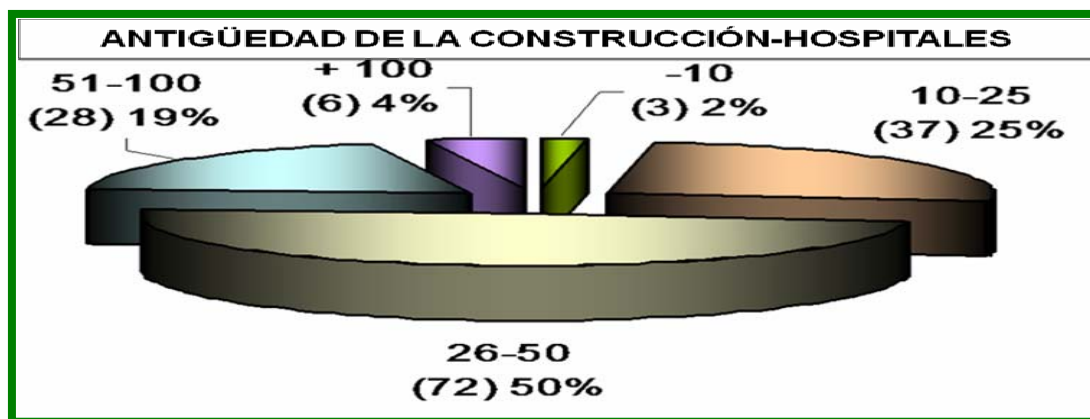
Fuente: Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSALa oferta de camas hospitalarias según datos de estadística e informática es de 16,585 a nivel nacional para hospitales del MINSA, estando concentradas en el departamento de Lima el 46.6% de

éstas, seguido de Arequipa el 6.0%, Junín 4.6 %, Cusco 4.4%, y La Libertad 4.3%, y los otros departamentos representa el 34.1% restante.



Fuente Boletín de la OGEI MINSA Vol. 5--2005

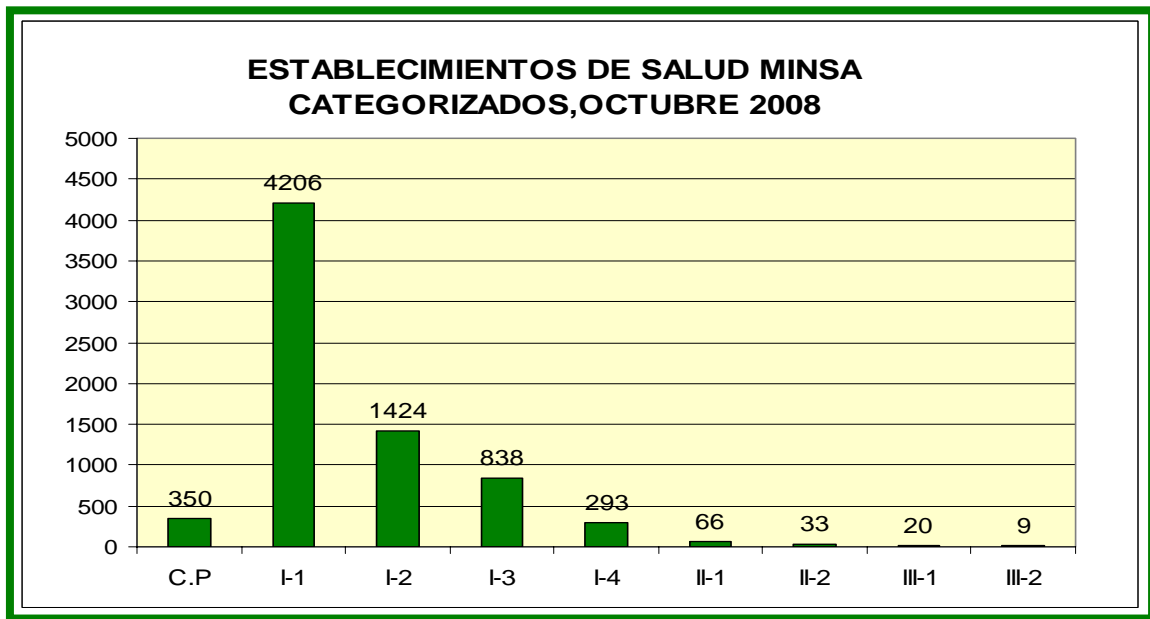
Respecto a la antigüedad de construcción de los hospitales del MINSA, la mitad de éstos tiene una antigüedad entre 26 a 50 años, la cuarta parte entre 10 a 25 años, un 19% son de mas de 50 años hasta 100 años, existiendo hospitales con mas de 100 años que representan el 4% (como el Instituto Especializado de Enfermedades Neurológicas Oscar Trelles con 305 años de antigüedad, el hospital el Carmen de Huancayo con 157 años, La Merced de Chiclayo con 139 años y el Hospital Dos de Mayo con 130 años) y solo un 2% de hospitales con menos de 10 años.



Fuente: Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

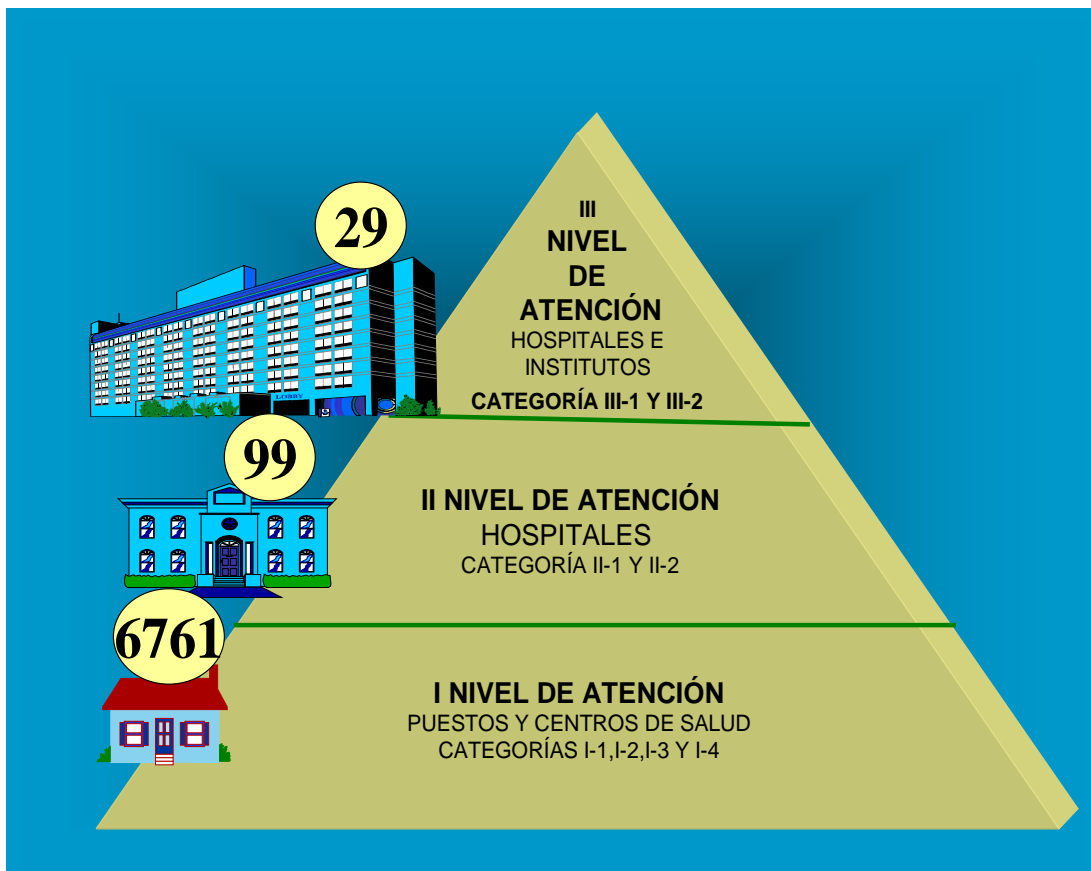
De la base de datos de establecimientos de salud MINSA (Maestros OEI), se tiene la información más actualizada sobre el número de establecimientos de salud categorizados del MINSA, que en total son 7,239, de éstos 6,761 establecimientos pertenecen al primer nivel de atención (puestos y centros de salud entre las categoría I-1, I-2, I-3 y I-4), 99 al segundo nivel (hospitales de baja y mediana complejidad en las categorías II-1 y II-2) y 29 al tercer nivel (hospitales de alta complejidad e institutos especializados en las categorías II-1 y III-2), existiendo 350 establecimientos de salud con categorización pendiente<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Esto es debido a que el proceso de categorización es un proceso dinámico y establecimientos creados, reabiertos o en recategorización pueden aún tener pendiente su categorización.

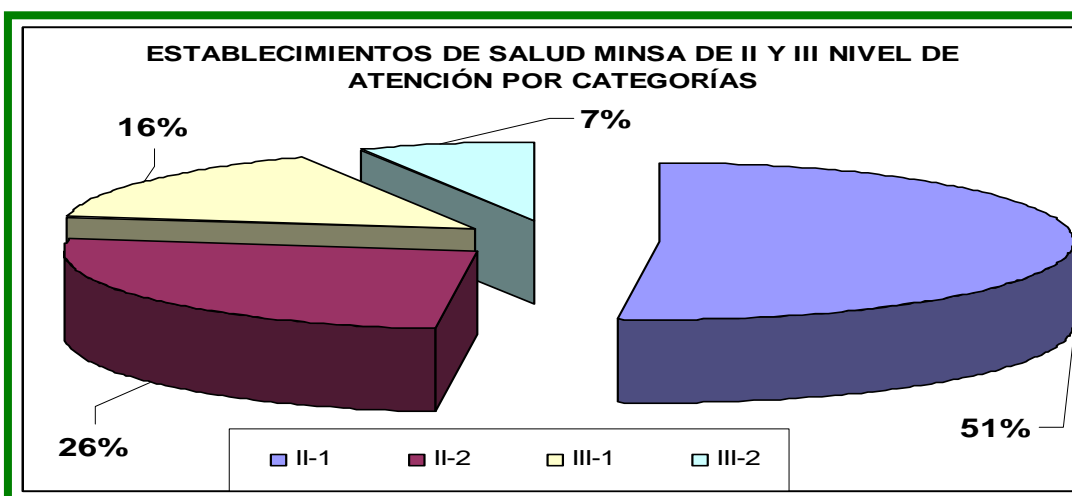
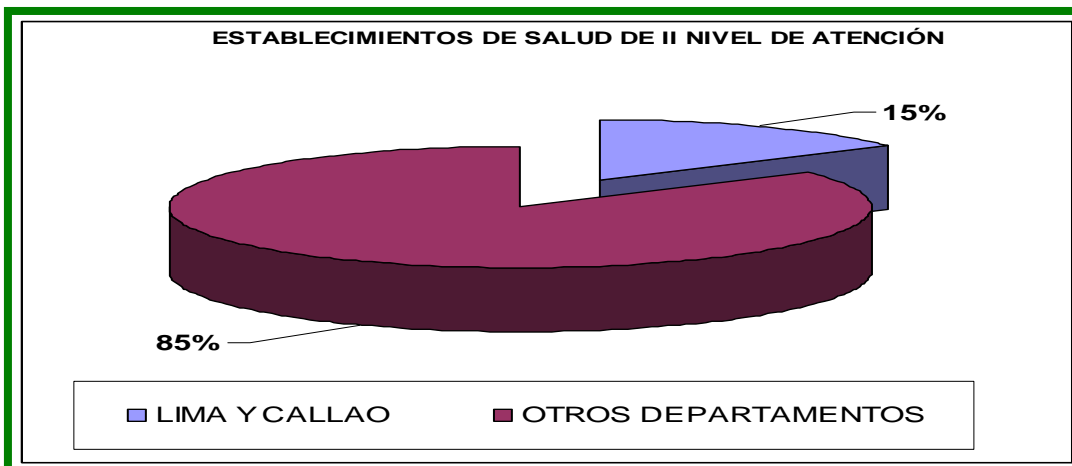
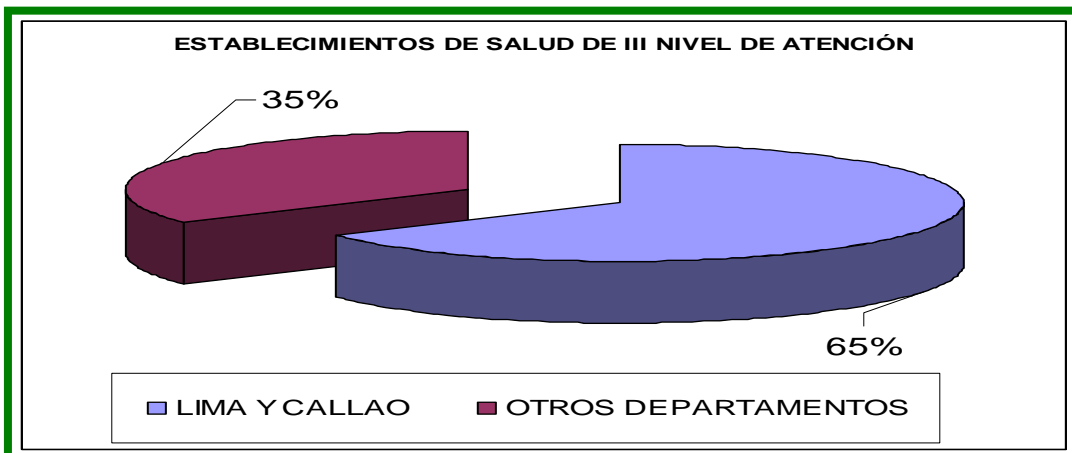


Fuente: DGSP-OGEI. MINSA

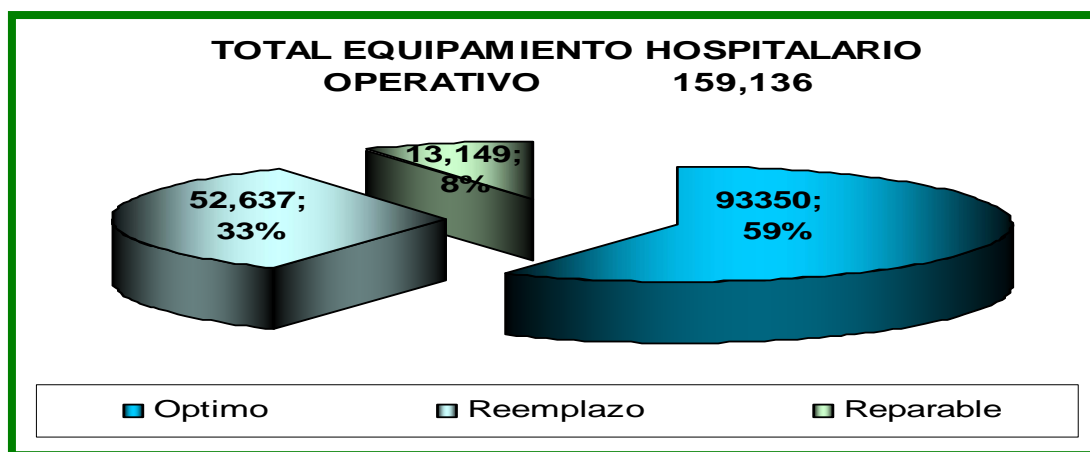
### NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA POR NIVELES DE ATENCIÓN, OCTUBRE DE 2008



Del total de establecimientos de II y tercer nivel de atención, un poco más de la mitad de estos son de categoría II-1 y un poco más de la cuarta parte son de categoría II-2. Del total de establecimientos del tercer nivel de atención del país, el departamento de Lima concentra el 65% de éstos, mientras que del total de establecimientos del segundo nivel de atención, los otros departamentos son los que acumulan el 85% de los mismos. El total de hospitales del MINSA del país son 119 y son 9 los institutos especializados.

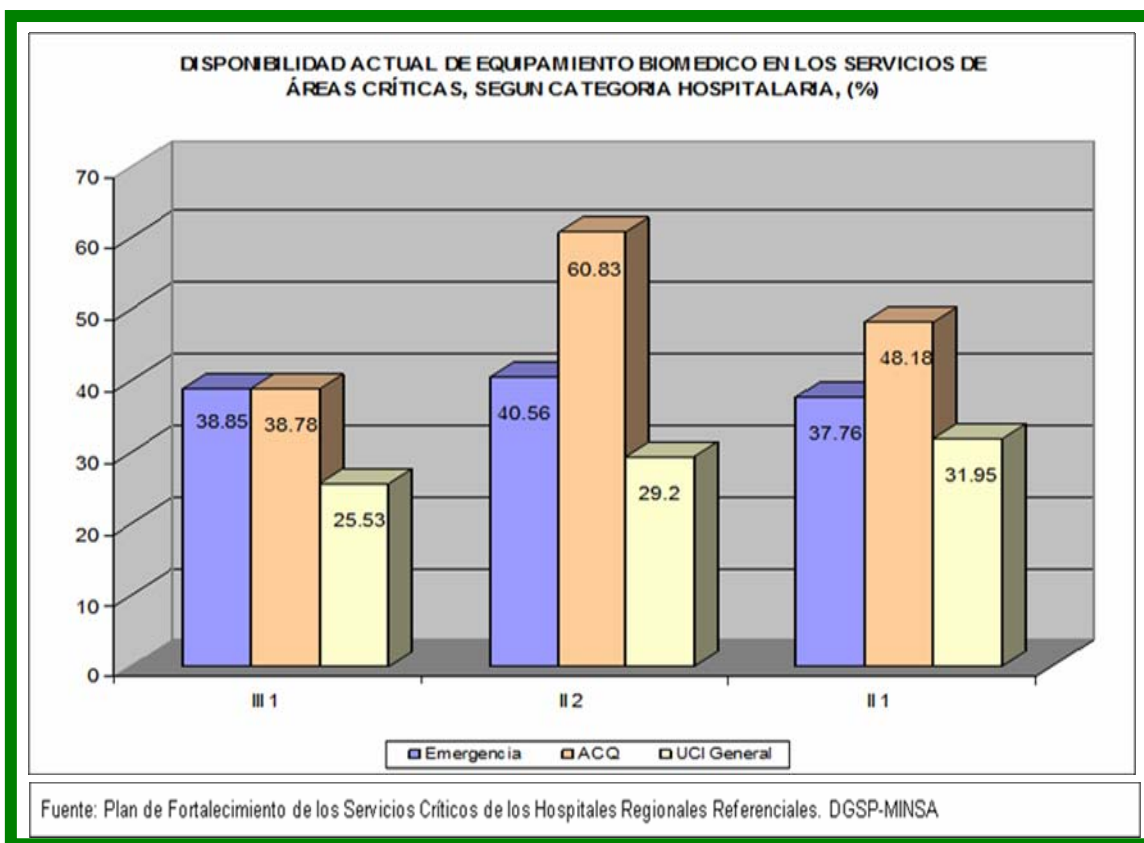


En relación al levantamiento de información sobre equipamiento en el Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales MINSA, se ha determinado que existen 159,136 unidades de equipos en total, que han sido clasificados de acuerdo a grupos genéricos entre los cuales el mayor porcentaje, el 62.52%, corresponde a mobiliario (clínico y administrativo), a equipos médicos (biomédico, de laboratorio y de esterilización) el 20.85%, set Instrumental el 5.68% y equipos varios (electromecánicos, de comunicación y de transporte) el 10.95%; de los cuales se encuentran en óptimas condiciones el 59%, requieren ser reemplazados el 33% y deben ser reparados el 8%.



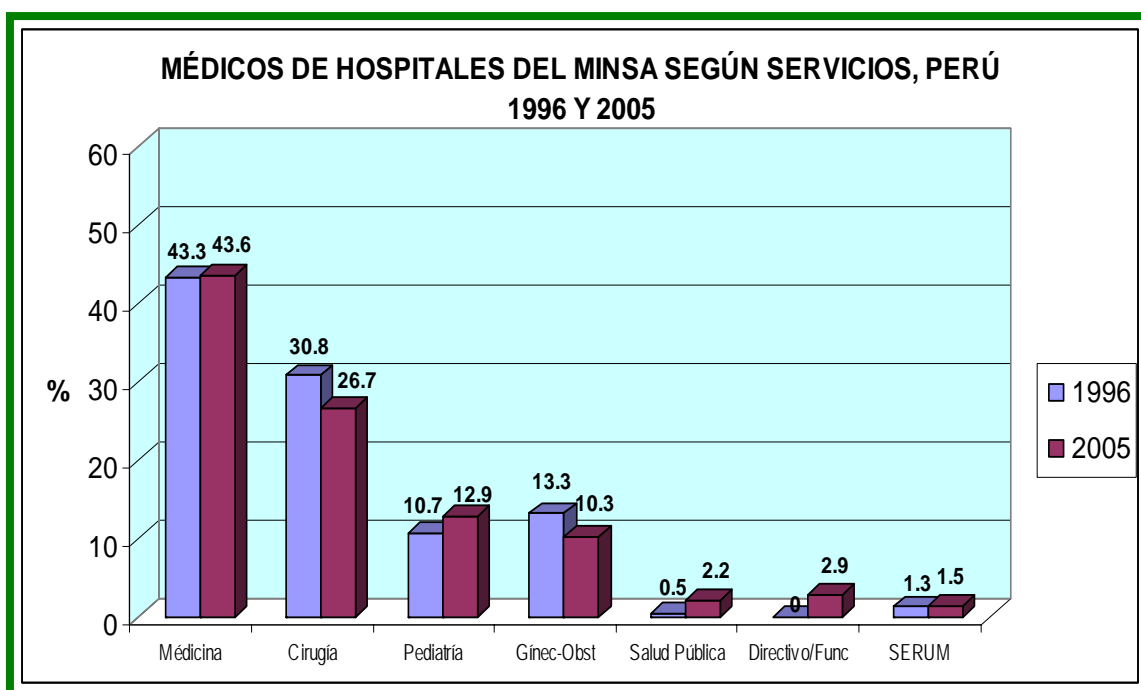
Fuente: Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

Según un análisis realizado en el año 2005 en hospitales regionales, existía una inadecuada disponibilidad de equipamiento biomédico comparando su equipamiento en relación a lo establecido en Normas Técnicas correspondientes a servicios de áreas críticas (Emergencia, Centro Quirúrgico ACQ, y Unidad de Cuidados Intensivos UCI General) de acuerdo a su categoría, se identificó una brecha que en algunos casos llegaba al 60%, encontrándose mayores deficiencias en los hospitales categorizados como II.2 .



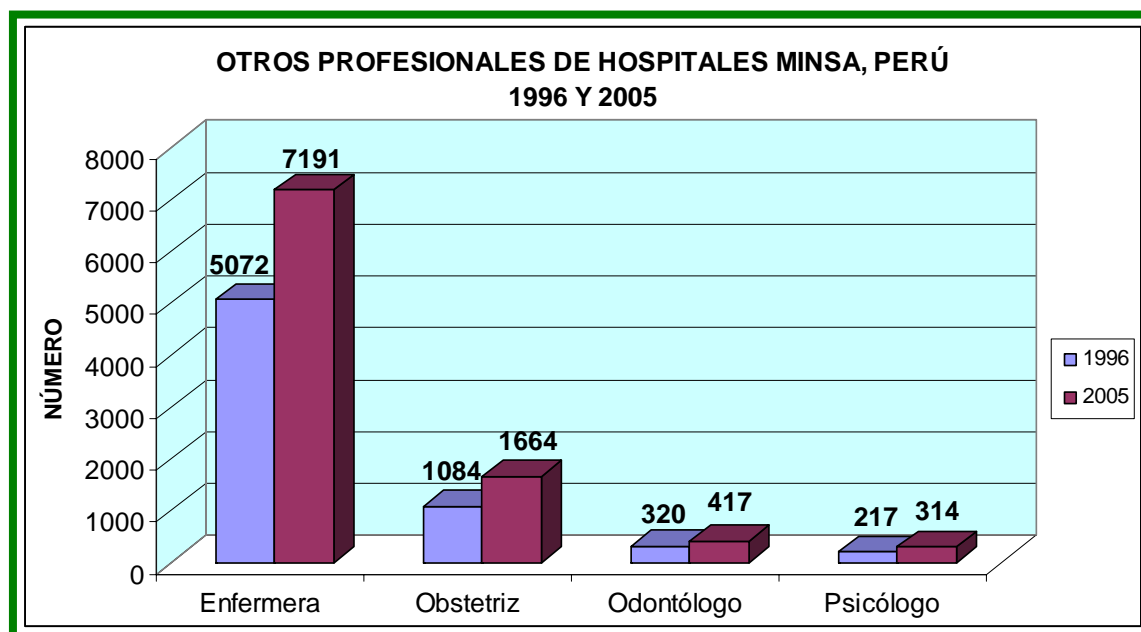
En relación a los recursos humanos según el III Censo de Infraestructura Hospitalaria, entre MINSA y EsSalud se contaba con 15,055 médicos en los hospitales, de los cuales 8,657 el 57% pertenece al MINSA y 6,398 el 42.5% a EsSalud. Los médicos de los hospitales del MINSA en el año 2005 se han incrementado en un 49.2% en relación al año 1996, principalmente en los departamentos como Amazonas (134%), Piura (111%), Huancavelica (100%) y San Martín (100%). La concentración de los médicos está principalmente en el departamento de Lima con un 59.3% del total de médicos a nivel nacional en hospitales del MINSA.

Respecto a los médicos del MINSA según especialidades en los hospitales del MINSA, el 43.6% corresponden a especialidades del servicio de medicina, el 26.7% a las del servicio de cirugía el 12.9%, del servicio de pediatría, el 10.3% a las del servicio de gineco-obstetricia; el 2.9% son médicos directivos o funcionarios, el 2.2% de salud pública y el 1.5% son SERUMS



Fuente: III Censo de Infraestructura Hospitalaria 2005

Respecto a otros profesionales, el número de enfermeras de hospitales del MINSA para el 2005 era 7191 que representa un 41.8% más que en el año 1996, el número de obstetras 1664 un 53.5% más que en 1996, el número de odontólogos 417, 30.3% más y el de psicólogos 314 un 217 con respecto al 1996 respectivamente.





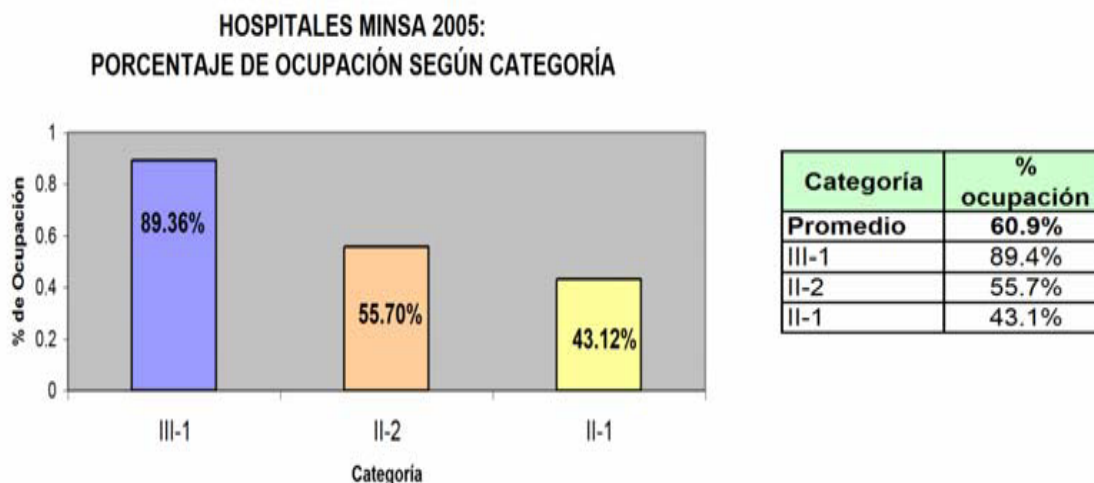
Fuente: III Censo de Infraestructura Hospitalaria 2005

## Capacidad Productiva

Los recursos productivos hospitalarios disponibles, según el Estudio de Oferta de los Servicios de Salud en el Perú y Análisis de Brechas 2003-20020<sup>5</sup>, tienen bajos niveles de productividad, asociado a bajos niveles de utilización de los mismos, que están haciendo que estos establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención estén operando por debajo de sus niveles potenciales de producción.

Como promedio nacional en los hospitales del MINSA, se encontró un 60.9% de porcentaje de ocupación. Este indicador varía según la categoría del hospital. Así, los hospitales de nivel III-1 ubicados en Lima Metropolitana, tienen un 89.4% de ocupación; los hospitales tipo II-2, un 55.7% de ocupación; y, los de tipo II-1 un 43.1%.

Esto indicaría que en los hospitales II-1 y II-2 existe una capacidad instalada no utilizada de 56.9% y 44.3%, respectivamente.



*(FALTA ACTUALIZAR)*

## VI.3 DEMANDA HOSPITALARIA

Para efectos del análisis de la demanda se describirá la utilización de los servicios hospitalarios en los hospitales del MINSA.

El perfil de la demanda hospitalaria del MINSA se caracteriza por atender a un porcentaje significativo de usuarios jóvenes, en cambio, ESSALUD se concentra fuertemente en la población adulta, con tendencia creciente al grupo de la tercera edad.

Por otro lado, de acuerdo al estudio de demanda de servicios de salud realizado el 2002, la población peruana presenta características que condicionan la demanda de servicios de salud, tales como:

<sup>5</sup> Estudio de Oferta de los Servicios de Salud en el Perú y Análisis de Brechas 2003-20020. Miguel Madueño Dávila, César A Sanabria Montañés. Setiembre de 2003

- Los factores que garanticen una demanda sostenida de servicios de salud son débiles, pues el 54% de la población a nivel nacional pertenecen a hogares clasificados como pobres, enfrentando una barrera económica de acceso. Asimismo, la cobertura del seguro de salud representa solo el 39% de la población total. Este porcentaje varía en Lima Metropolitana a 49% y en zonas rurales disminuye a 27%.
- La principal fuente de reporte de enfermedades está asociado a diagnósticos menores.
- La demanda institucional se caracteriza por ser una demanda por servicios curativos mas que por servicios preventivos.
- Determinantes del auto reporte de enfermedad tienen influencia directa sobre la decisión de utilización de los servicios de salud de los que se declaran enfermos.
- El componente no institucional tiene una participación importante en la estructura de demanda.
- A nivel institucional los hospitales y centros de salud del MINSA tiene una posición dominante de mercado.
- Existe un grado de competencia monopolística entre MINSA y los prestadores privados por los no pobres no asegurados.
- La escasa competencia no genera incentivos para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Las tarifas constituyen una barrera seria de entrada a los servicios de salud.
- Los gastos en salud tienden a vulnerar el presupuesto de la población no asegurada.

En lo relacionado a la demanda de Consulta Externa, en el año 2005, el promedio de consultas que recibió cada paciente fue de 2,4 atenciones ligeramente superior al del año 1995 que fue de 2,2. En el servicio de Gineco-obstetricia el promedio de consultas llegó a 3,0, seguido por pediatría 2.7, cirugía con 2.3 y medicina con 2,1.

#### HOSPITALES MINSA 2005: CONCENTRACIÓN CONSULTA EXTERNA

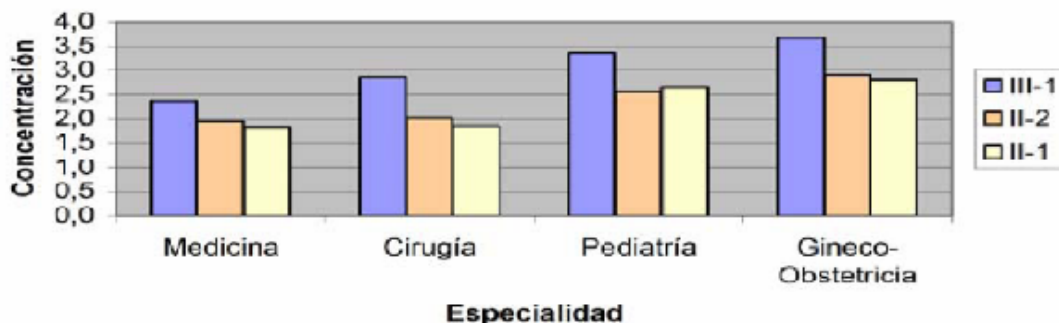
Categoría de Hospitales	Concentración	Concentración			
		Medicina	Cirugía	Pediatría	Gineco-Obstetricia
<b>Promedio</b>	<b>2.4</b>	<b>2.1</b>	<b>2.3</b>	<b>2.7</b>	<b>3.0</b>
III-1	2.7	2.4	2.9	3.4	3.7
II-2	2.2	2.0	2.0	2.6	2.9
II-1	2.3	1.8	1.9	2.6	2.8

FUENTE: 3ER CENSO DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA 2005

MINSA-COMISION DE PROYECTOS HOSPITALARIOS - SUB COMISION DE OFERTA

Según categorías, los hospitales del nivel III-1, tienen una concentración de 2.7, siendo la mayor concentración el servicio de Gineco-obstetricia (3.7), seguida de Pediatría (3.4), en el nivel II-2 la concentración es de 2.2, presentándose una concentración de 2.9 en Gineco-obstetricia. En los hospitales de menor categoría (nivel II-1), se observa que la concentración mayor se da en Gineco-obstetricia con 2.8.

### HOSPITALES MINSA 2005: CONCENTRACIÓN



En relación a la permanencia hospitalaria, el promedio del tiempo de permanencia hospitalaria es de 5.2 días, siendo de 7.3 días en los hospitales tipo III-1, 4.9 en el tipo II-2 y 3.6 en los hospitales categorizados como II-1. Así mismo, se observa que los servicios de mayor especialización presentan mayores tiempos de estancia o de permanencia, sobre todo en las especialidades de medicina y cirugía.

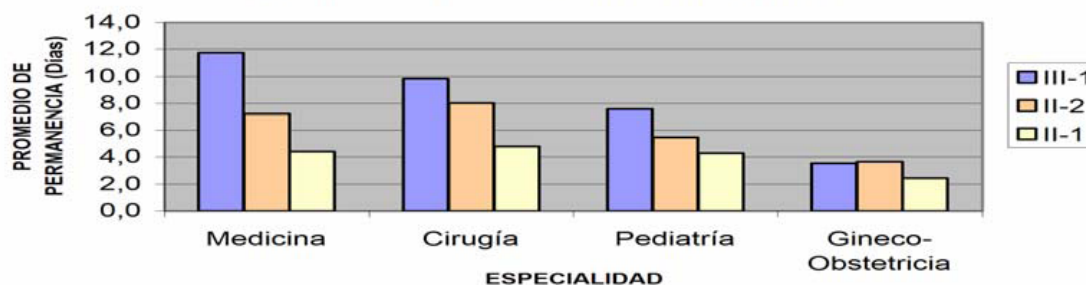
### HOSPITALES MINSA 2005: PERMANENCIA (DÍAS)

Categoría de Hospitales	Permanencia (días)	Permanencia (días)			
		Medicina	Cirugía	Pediatría	Gineco-Obstetricia
<b>Promedio</b>	<b>5.2</b>	<b>8.3</b>	<b>8.0</b>	<b>5.5</b>	<b>3.3</b>
III-1	7.3	11.7	9.8	7.6	3.6
II-2	4.9	7.3	8.0	5.5	3.7
II-1	3.6	4.4	4.8	4.3	2.4

FUENTE: 3ER CENSO DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA 2005

MINSA-COMISION DE PROYECTOS HOSPITALARIOS - SUB COMISION DE OFERTA

### HOSPITALES MINSA 2005: PROMEDIO DE PERMANENCIA (Días)

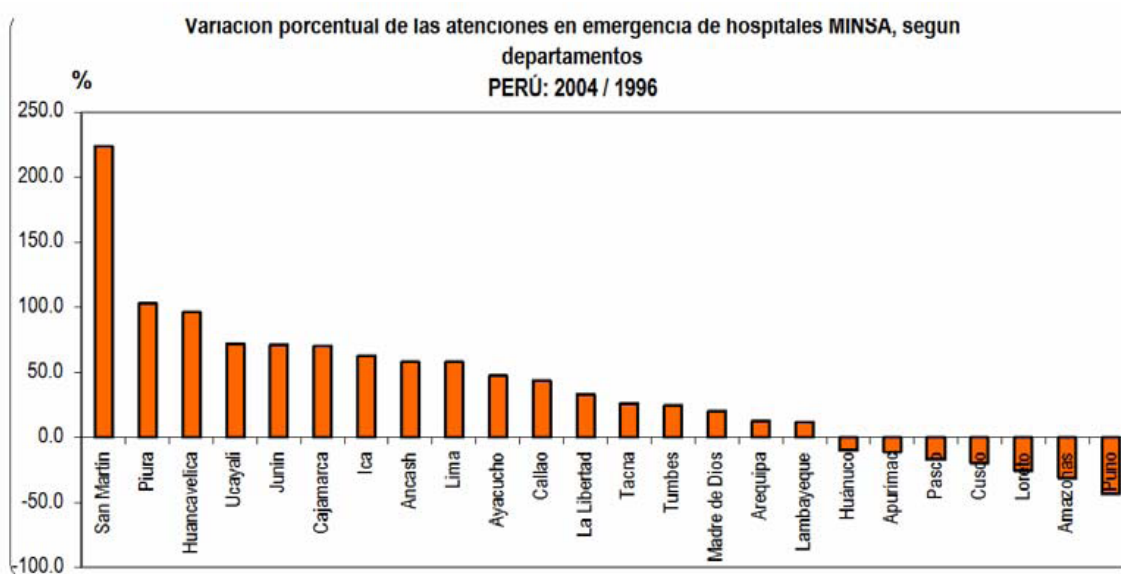


Referente a las consultas en el Servicio de Emergencia, durante el año 2004, las atenciones en el servicio de emergencia de los hospitales del MINSA llegaron a 1 millón 997 mil 621 atenciones. De este total, el 41,4% se brindaron en el servicio de medicina; el 20,3% en pediatría; el 20,0% en Gineco obstetricia; y, el 18,3% en cirugía.

En comparación a lo registrado con el censo de 1996, las atenciones en emergencia de los hospitales MINSA se ha incrementado en 43,3%, lo que equivale a 604 mil 55 atenciones. Según servicios, se observa que el mayor incremento se ha producido en el servicio de Gineco-

obstetricia que ha aumentado en 63,9%, seguido por el servicio de medicina con 40,7%, cirugía en 37,7% y pediatría en 36,7%.

Las atenciones en el servicio de emergencia de los hospitales del Ministerio de Salud en el País se ha incrementado en 17 departamentos, siendo el aumento más significativo en el departamento de San Martín, donde ha aumentado en 223,8%, seguido por las atenciones brindadas en el departamento de Piura con 103,0%, Huancavelica con 96,1%, Ucayali con 72,3%, Junín con 71,3%, Cajamarca con 70,4%, entre los principales. Por otra parte, en los departamentos de Huánuco, Apurímac, Pasco, Cusco, Loreto, Amazonas y Puno, las atenciones en el servicio de emergencia de los hospitales del MINSA han disminuido en el año 2004 respecto a lo brindado en 1996.



Con respecto a los egresos hospitalarios el año 2005 se tuvieron 633,681 egresos a nivel de todos los hospitales, siendo obstetricia 246,228, seguido de cirugía con 113,421, medicina con 112,103 y pediatría con 103,254, ginecología con 58,675.

En los hospitales del MINSA con respecto a las intervenciones quirúrgicas en el 2005 se han reportado 215,875, de los cuales las intervenciones obstétricas ocupan el primer lugar con 105,515, de la cuales el 63,062 fueron cesáreas, seguida de los legrados con 36,236, entre otros. En segundo lugar las intervenciones traumatológicas con 16,430, urológicas con 5,427, seguidas por las de gastroenterología con 5,021, las oncológicas con 2,172, entre otras. Es pertinente precisar que en estos datos no se incluyen las intervenciones de los Institutos.

*(FALTA ACTUALIZAR)*

#### VI.4 SITUACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA EN HOSPITALES DEL MINSA

En el año 2005 se realizó el Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria en la Red Hospitalaria del MINSA, este fue un estudio observacional, descriptivo transversal retrospectivo, en el que se levanto información a través de un cuestionario remitido a las 23 DIRESAS del país y las 5 DISAS de Lima y Callao, con su respectivo instructivo, para el adecuado llenado por cada equipo de gestión de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención de su ámbito. Se realizaron 2 controles de calidad del llenado de los cuestionarios uno a nivel de las Direcciones de Servicios de Salud de las DIRESAS/DISAS y el segundo en la Dirección de Servicios de Salud del MINSA. Así mismo en el 31% de los cuestionarios remitidos se realizó la verificación in situ de los datos con los elementos fuente a través de visitas a los establecimientos de salud por equipos conjuntos de las DIRESAS/DISAS y el nivel nacional.

Se muestra en la siguiente tabla, el total de establecimientos de salud encuestados que representan el 65.5% del total, entre hospitales e institutos especializados del país.

**Establecimientos de Salud Encuestados**

<b>Categoría</b>	<b>ES Encuestados</b>	<b>Total ES por Categoría</b>	<b>Porcentaje de ES por Categoría Encuestado</b>
<b>II-1</b>	<b>31</b>	<b>54</b>	<b>57.4%</b>
<b>II-2</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>72.0%</b>
<b>III-1</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>95.0%</b>
<b>III-2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>25.0%</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>107</b>	<b>65.4%</b>

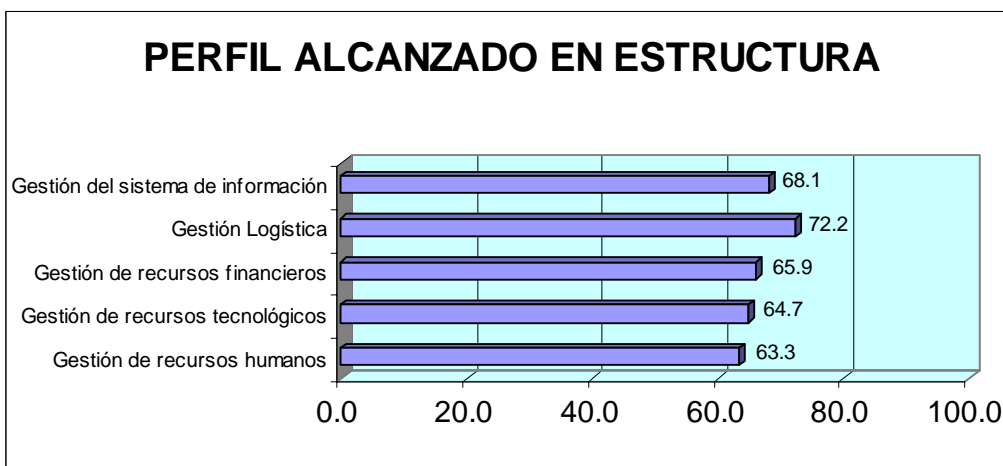
El cuestionario se distribuía en 03 componentes (estructura, procesos y resultados), 13 ítems y 75 sub ítems, distribuidos de la siguiente manera:

- Estructura: 5 ítems: 25 sub ítems
- Procesos: 5 ítems: 25 sub ítems
- Resultados: 3 ítems: 25 sub ítems

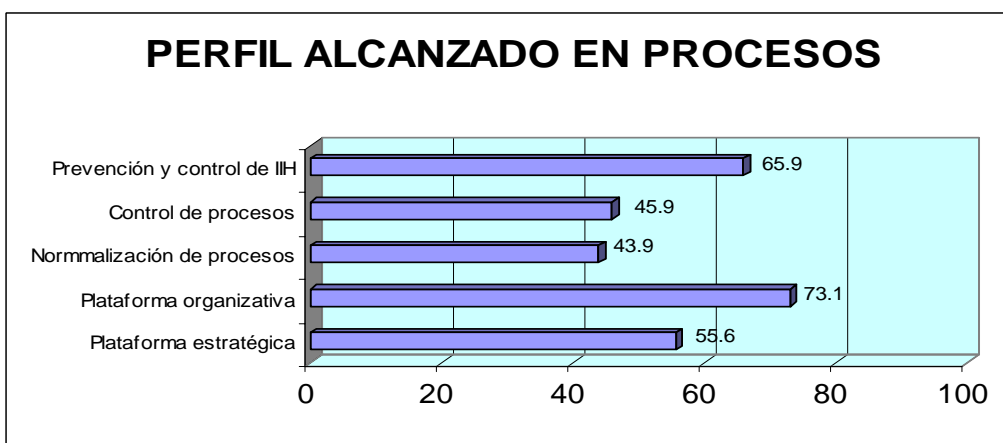
La calificación final se obtuvo de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada subítem, que en total fueron 75 (con una escala de 0 a 2), siendo el puntaje máximo posible de 150 puntos que representa el 100%, para cada componente el puntaje máximo fue de 50 puntos, en cada ítem el puntaje máximo era de 10 puntos porque tenían cada uno 5 subítems, excepto en el último ítem de resultados donde el puntaje máximo correspondía a 30 puntos por tener 15 subítems en el mismo.

El estándar para poder tener un juicio de valor sobre los puntajes alcanzados, fue para todos los casos de 90%, así mismo se consideró una escala de graduación del nivel de desarrollo en la gestión hospitalaria que consideró tres grados o niveles (requiere más trabajo, regular y bueno)

En el componente estructura se evaluaban ítems correspondientes a la gestión de aspectos que dan soporte o estructura al desarrollo de los procesos en el establecimiento de salud, de los 5 ítems evaluados se evidenció que el referente a la gestión de los recursos humanos fue el que más bajo nivel de desarrollo se alcanzó con un 63.3%, estando muy por debajo del estándar de 90%.



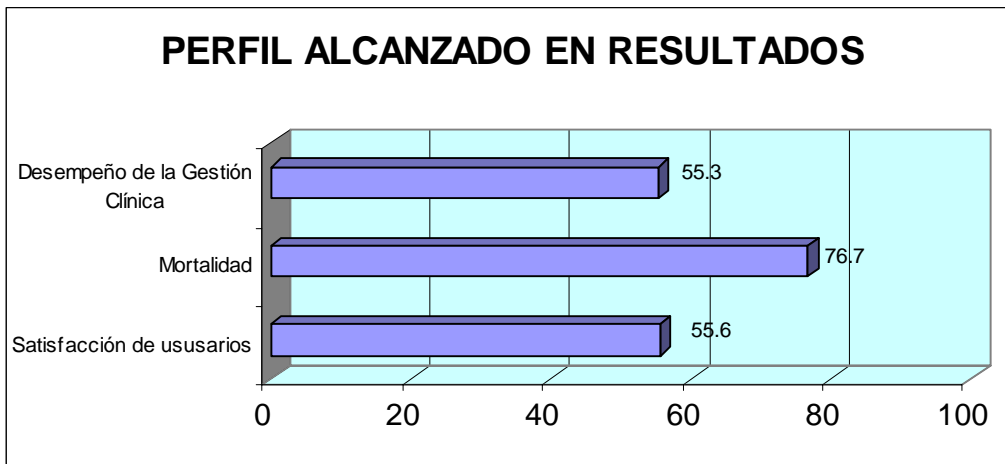
En el componente procesos se evaluaba la gestión de macro procesos ejes en establecimiento de salud, encontrándose que es deficiente la normalización y control de procesos que se desarrollan día a día en el hospital, así mismo el proceso de planeamiento estratégico definido como plataforma estratégica alcanzó solo un valor 55% sobre el puntaje en los establecimientos encuestados.



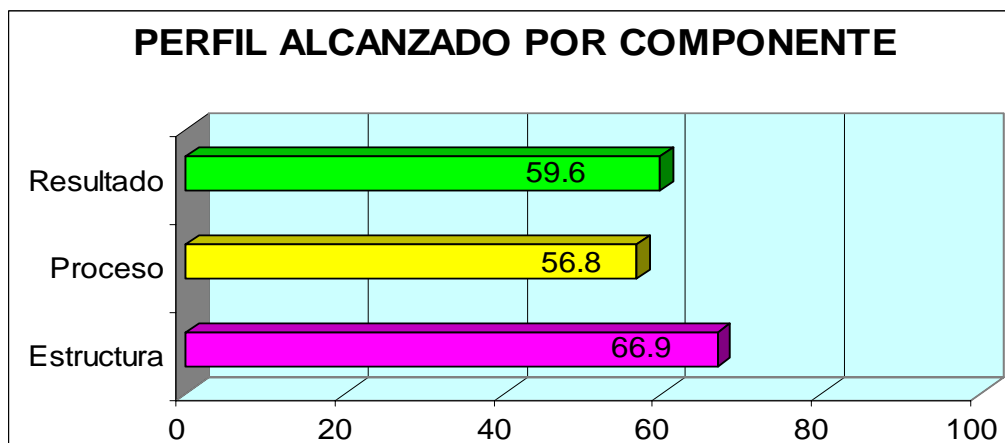
En el componente resultados se evaluaba aspectos de gestión relacionada con ítems que consideraron indicadores asociados a resultados en un establecimiento de salud como son

satisfacción de usuarios, indicadores de mortalidad e indicadores de desempeño de la gestión, evaluándose todos los indicadores en función a estándares.

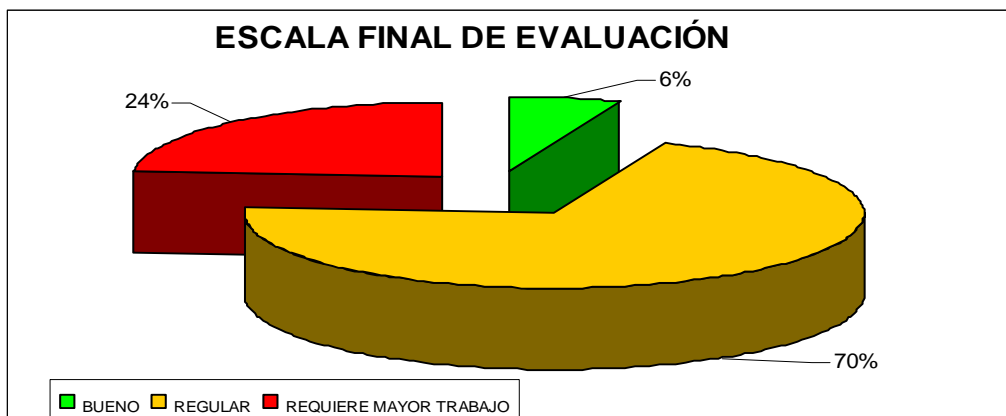
En lo que respecta al ítem de satisfacción de usuarios y desempeño de la gestión se alcanzó un porcentaje de 55%, muy por debajo del estándar de 90%. Los indicadores contemplados en el ítem evaluación del desempeño de la gestión correspondían mayormente a indicadores de utilización de recursos y calidad de atención, por lo que se evidencia una subutilización de recursos existentes y mala calidad de atención.



Según el perfil alcanzado por componente, el que se alcanzó el nivel más bajo fue el referente a procesos con un 56.8%



En relación a la escala de graduación del nivel de desarrollo de la gestión hospitalaria, resultó que solo un 6% alcanzó el calificativo de bueno, la mayor parte correspondió a regular 70% y la cuarta parte a requiere mayor trabajo.



Respecto al estándar fijado de 90%, del total de hospitales el 94% se encontraron bajo el estándar en la evaluación global de la gestión hospitalaria y solo un 6% alcanzó el estándar.



En base a la descripción de la oferta y demanda hospitalaria, así como del estudio de evaluación de la gestión en hospitales del MINSA, se identifican los siguientes problemas que requieren intervenciones puntuales en gestión en los hospitales para revertir la situación que está generando mala calidad de atención y uso ineficiente de recursos e inseguridad de los pacientes en la atención hospitalaria.

*(FALTA ACTUALIZAR CON RESULTADOS 2008)*



## **VII MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL PERÚ**

### **VII.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

El Modelo de Gestión Hospitalaria se encuentra en concordancia con los Lineamientos de Política de Salud 2007-20020 y adscribe los principios recogidos en el Documento Técnico del Modelo de Atención Integral de Salud que son los siguientes.

- La solidaridad es el camino.
- La universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración.
- La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar.
- La integridad de la persona y de la atención se corresponden.
- La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables.
- La calidad de la atención es un derecho ciudadano.
- La equidad es un principio elemental de la justicia social.

Así mismo, en forma específica se consideran los siguientes Lineamientos de Política que orientan al Modelo de Gestión Hospitalaria:

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 1**

##### **LA ORIENTACIÓN AL USUARIO**

Los procesos desarrollados en el hospital deben centrarse en las necesidades de los usuarios, así como la organización de la oferta hospitalaria y su estructura organizativa. La organización debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los efectos de los cambios sociales y culturales de los usuarios, así como cambios en los perfiles epidemiológicos de la población. El hospital debe ser capaz de dar respuestas flexibles y claras a las necesidades de salud de la población.

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 2**

##### **LA PRODUCTIVIDAD SOCIAL DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA BASADA EN LA EXCELENCIA**

El objetivo de productividad que el hospital debe alcanzar, supone desarrollar las actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. La búsqueda de la excelencia institucional exige que los profesionales de la salud participen decididamente en la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y se preocupen al mismo tiempo por la calidad de la gestión clínica.

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 3**

##### **AUTONOMÍA RESPONSABLE EN EL CONTEXTO DE COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN EN REDES**

La mayor autonomía hospitalaria es con el fin de disminuir rigidez y lograr mayor capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios sin desintegrar el sistema de atención. El objetivo central es lograr mayores competencias para ajustar la oferta de servicios hospitalarios en el marco de servicios integrados y cooperativos de atención en redes de servicios de salud en el sistema de salud.

Lo esencial de la autonomía hospitalaria es que esta incluya las competencias y la responsabilidad para que el equipo de gestión del hospital pueda gozar de capacidad de maniobrar para disponer sus recursos del modo más conveniente para el cumplimiento de su misión.

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 4**

##### **GESTIÓN CONTRACTUAL**

El concepto de autonomía no puede estar fuera del concepto de compromisos de gestión entre niveles o actores involucrados en la gestión de hospitales.

La lógica de contratos y de la negociación entre partes, debe a su vez comprenderse en el contexto de instrumentos concebidos para evaluar el desempeño de la gestión, centrándose en evaluar la eficiencia de los mecanismos de asignación de recursos, los resultados de la gestión financiera y de la gestión clínica y la calidad de atención. Así mismo, la gestión contractual debe entenderse en un flujo bidireccional entre niveles o partes como el nivel nacional y regional con la dirección del hospital y ésta a su vez con las unidades productoras de servicios de salud UPS.

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 5**

##### **PLURALISMO FINANCIERO**

Los financiadores de un mismo hospital tienden a diversificarse, en forma simultánea puede existir más de un financiador.

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 6**

##### **PARTICIPACIÓN SOCIAL**

La participación ciudadana constituye una forma de acercar al hospital a la comunidad y una vía para que esta pueda hacer valer sus derechos y deberes en salud.

#### **LINEAMIENTO DE POLÍTICA 7**

##### **TRANSPARENCIA Y RESPONSABILIDAD**

La responsabilidad se entiende como la asunción libre y consciente de las consecuencias de nuestras acciones frente a los usuarios y a quienes entregan recursos para atender las demandas. La responsabilidad del hospital se entiende ante la red de servicios de salud y ante la comunidad, así como la responsabilidad ante los poderes públicos administrativos o judiciales.

## LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE GESTIÓN HOSPITALARIA

*Lineamientos para  
la nueva  
Misión –Visión  
del Hospital*

- Orientación al Usuario.*
- La productividad social de la gestión hospitalaria basada en la excelencia.*
- Autonomía responsable en el contexto de coordinación e integración en redes.*

*Lineamientos  
que  
modulan el  
cambio*

- Gestión contractual.*
- Pluralismo Financiero,*
- Participación social.*
- Transparencia y responsabilidad*

## **VII.2 DEFINICIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

El Modelo de Gestión Hospitalaria viene a ser el marco conceptual y operativo de referencia que define la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a través de un conjunto de políticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos para que al operar coherentemente establecen la forma de conducir los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención y dirigir su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco de una red de servicios de salud.

### **VII.2.1 Niveles del Modelo de Gestión Hospitalaria**

En el presente Modelo de Gestión Hospitalaria, se hace necesario para lograr cambios en la gestión de los hospitales, actuar en tres niveles de gestión, con el fin de tener coherencia integralidad y mayor impacto en las intervenciones. Los tres niveles de gestión serán:

#### **Nivel Nacional y Regional**

Este nivel involucra la Macrogestión o Gestión Pública Hospitalaria, que conforma las intervenciones del estado para corregir fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la regulación en los aspectos de tecnología, recursos humanos, organización, financiamiento en el marco de la gestión los hospitales.

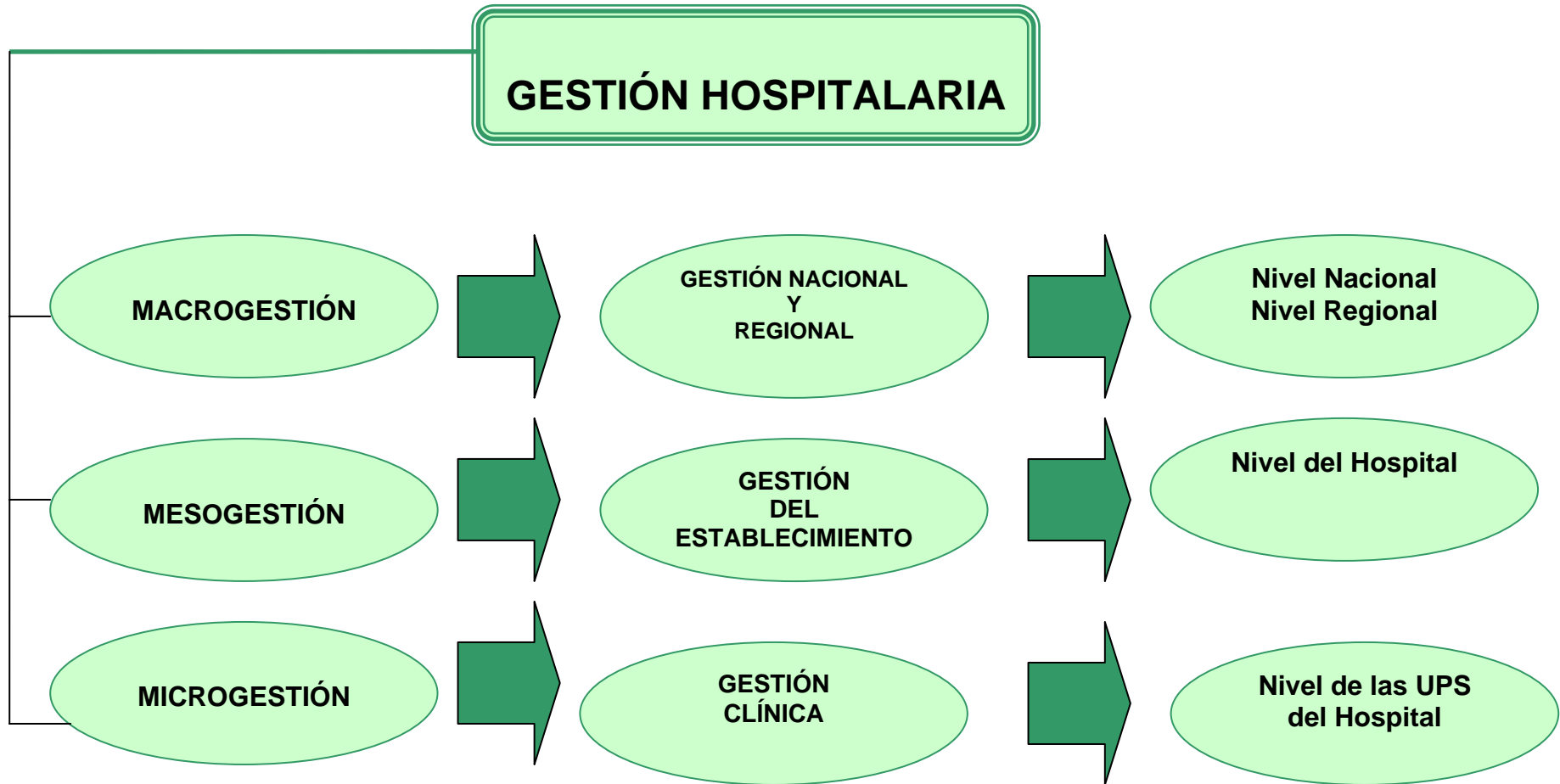
#### **Nivel Hospitalario**

Este nivel involucra directamente la Mesogestión o Gestión Institucional Hospitalaria, se refiere a la gestión institucional global del hospital.

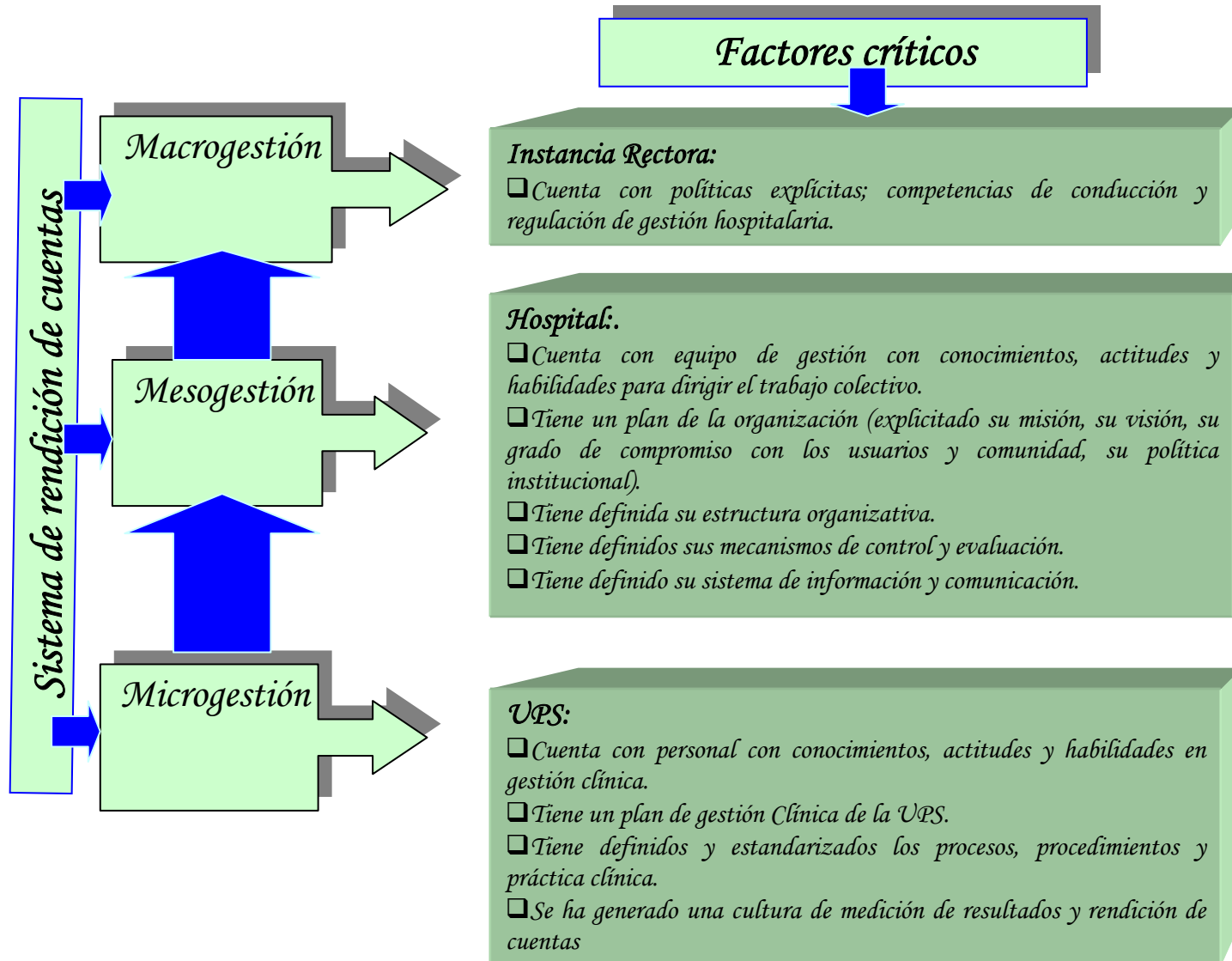
#### **Nivel de Unidad Productora de Servicios de Salud**

Este nivel involucra a la Microgestión o Gestión Clínica, se refiere a la gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud UPS al interior de cada hospital.

### NIVELES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA



## NIVELES DE ACCIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

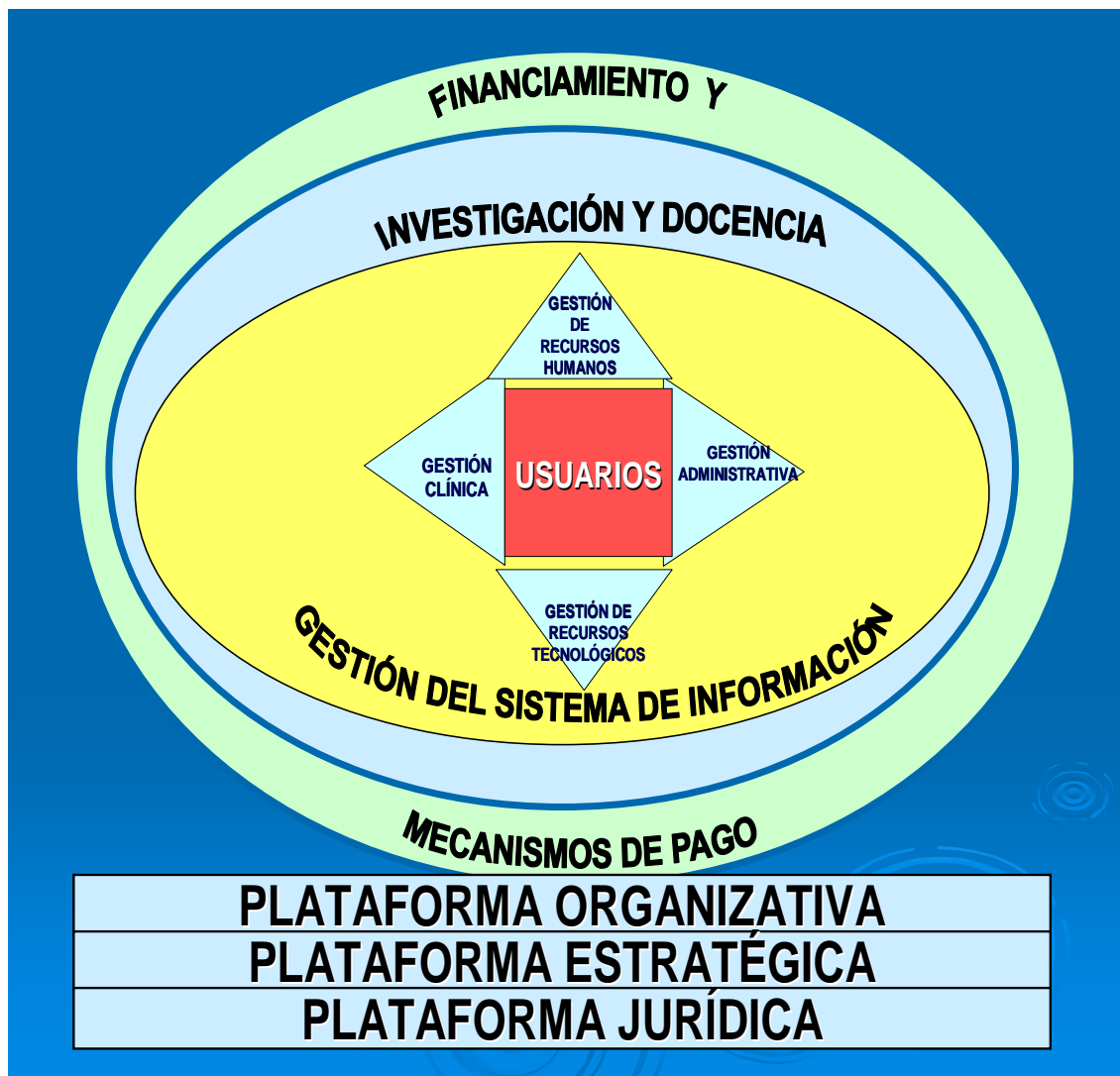


## VII.2.2 Componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria

En el marco de estos 03 niveles, el modelo de gestión hospitalaria se define en 10 componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital. Los componentes del modelo son los siguientes:

1. Gestión Clínica
2. Gestión Administrativa
3. Gestión de Recursos Humanos
4. Gestión de Recursos Tecnológicos
5. Gestión del Sistema de Información
6. Investigación y Docencia
7. Financiamiento y Mecanismo de Pago
8. Plataforma Organizativa
9. Plataforma Estratégica
10. Plataforma Jurídica

### COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA



Actualmente cualquier organización puede ser descrita como un conjunto de procesos, desde este punto de vista el Hospital puede ser concebido como un conjunto de procesos, que pueden ser identificados, documentados, controlados y mejorados.

Los procesos son de distinto nivel que pueden clasificarse en estratégicos, esenciales y de soporte. Los procesos esenciales los son la razón de ser del hospital: la atención de salud y la investigación y docencia. Los procesos de soporte dan apoyo o soporte a los procesos clave, brindando en forma oportuna y suficiente los recursos necesarios (recursos humanos y recursos tecnológicos, materiales e insumos) para su desarrollo, así como un eficiente sistema de información que transversalmente integre todos los procesos del hospital, dando también soporte a los mismos. Los procesos estratégicos: de planificación, organización así mismo es la definición de un marco jurídico y las reglas de financiamiento y mecanismos de pago, orientan y marcan la pauta del conjunto de procesos del Hospital.

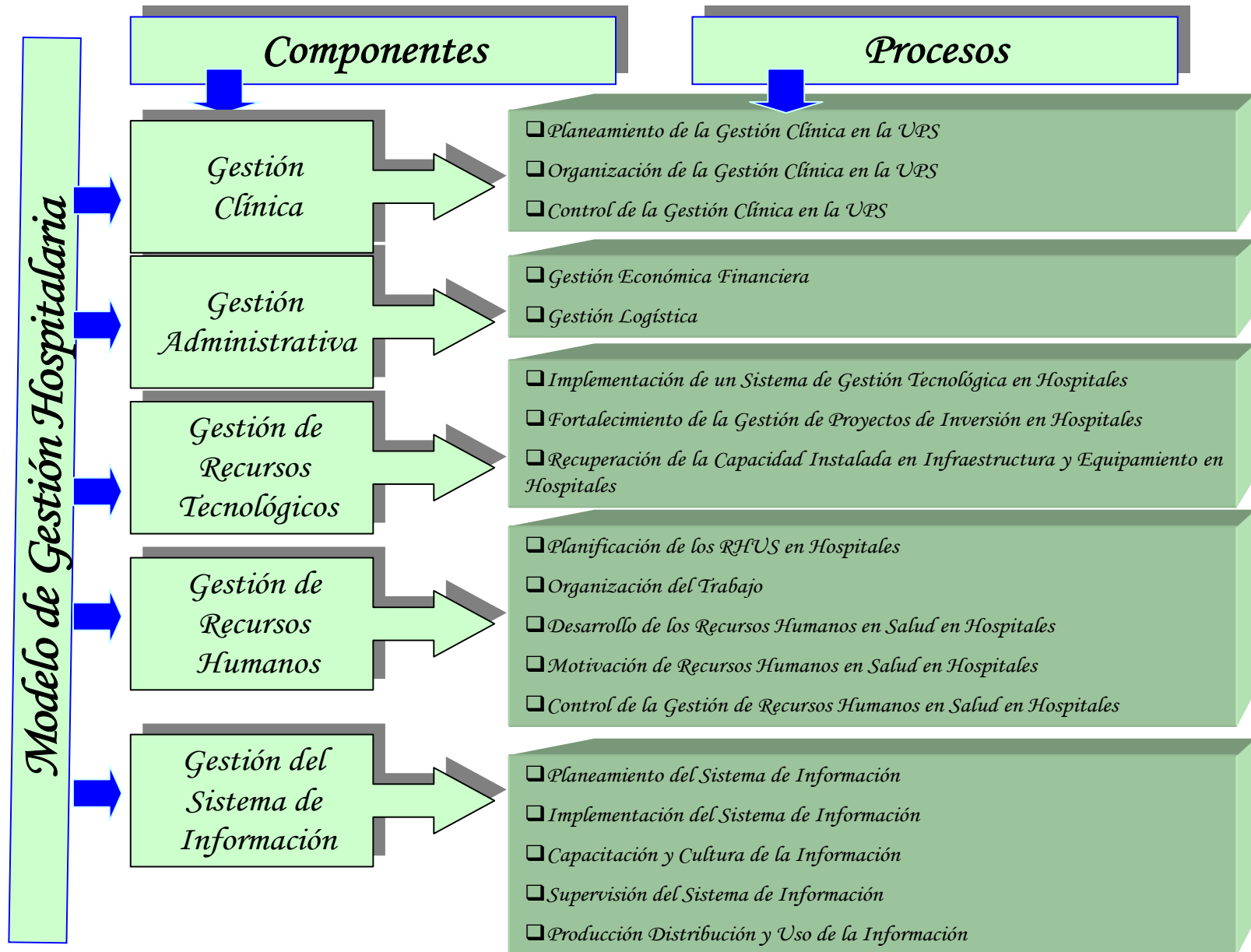
Los componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria se relacionan con los procesos que se desarrollan en el Hospital, según el esquema funcional siguiente:

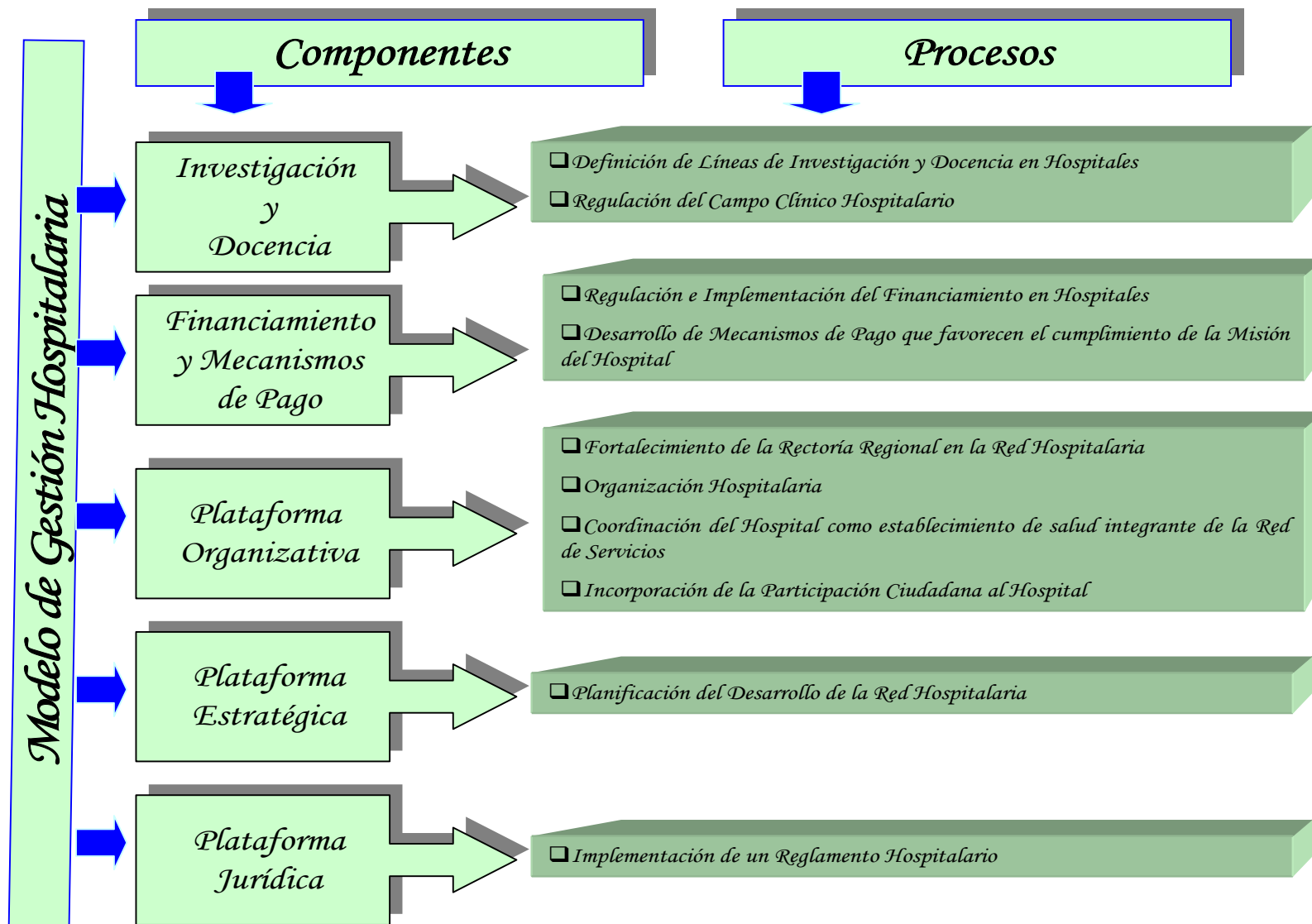
### ESQUEMA FUNCIONAL DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA



A su vez cada uno de los componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria, están conformados por una serie de procesos específicos como se ve en los siguientes gráficos:







### VII.2.3 Caracterización del Hospital

Como producto final de la implementación de los componentes, procesos e instrumentos del modelo de gestión en la red hospitalaria, se tiene la siguiente caracterización del hospital como una visión a futuro:

- El hospital peruano orientará sus servicios hacia el usuario y hacia los resultados, con una gestión flexible, autogestionaria y transparente.
- Tiene una clara visión de su desarrollo futuro a través de su plan estratégico de desarrollo en el contexto de Políticas y Planes Nacionales y Regionales.
- Tiene un conjunto claro de valores y principios que guían su gestión tanto clínica como administrativa.
- Uno de sus órganos de gobierno es el Concejo de Vigilancia de Apoyo Ciudadano con participación comunitaria y representantes de la red de servicios de salud y gobiernos locales.
- Pertenece a una red de atención y se gestiona con un enfoque de red, el hospital apoya tanto clínica como logísticamente a los otros establecimientos de la red y viceversa y se complementan entre sí.
- Habrá desarrollado la coordinación con las redes de apoyo social y con los gobiernos locales.
- Su director médico y administrativo, así como los responsables de los servicios han sido seleccionados por concurso de méritos y competencias gerenciales.
- El hospital tiene los grados de libertad jurídica-administrativa que le permite autogestionariamente la adquisición oportuna de insumos, equipos, así como la contratación del personal que requiere.
- Su principal fuente de financiamiento será el pago por prestación valorada, como vía Grupo relacionado con el diagnóstico GRD, por egreso u otros mecanismos de pago asociados a la producción, según costos estandarizados.
- Incorpora personal al hospital y lo evalúa periódicamente basado en méritos y desempeños con criterios de calidad y productividad, respetando los derechos laborales.
- Tiene un programa de actualización y educación continua para todo su personal, este programa es parte de la certificación.
- Tiene un programa de incentivos que estimulan la calidad, la seguridad y la productividad.
- Tendrá normalizadas sus actividades y proceso claves de gestión, atención, enseñanza y apoyo a la red.
- El hospital tiene un conjunto normativo que asegura el uso racional de recursos y medicamentos.
- Realiza en forma periódica a través de diversos mecanismos la auto evaluación técnica de los procesos de atención y de su práctica clínica, incluyendo su relación y apoyo a la red de servicios de salud.
- El hospital está acreditado dentro de su nivel y categoría.
- Ejecuta un programa de gestión de riesgos y prevención de eventos adversos en la atención

- Todo usuario tiene un equipo de salud y médico tratante.
- Tiene una gerencia que toma en cuenta la calidad y seguridad de la atención y se ha readecuado cultural y socialmente a las expectativas y necesidades de sus usuarios internos y externos, todas unidades productoras de servicios de salud UPS del hospital ejecutan proyectos de mejora de la calidad.
- Respeta los derechos de los pacientes.
- Desarrolla un programa de gestión tecnológica, lo que le asegura el adecuado mantenimiento y gestión de las tecnologías.
- El hospital es seguro, tiene y ejecuta un plan de prevención, preparación y mitigación de desastres.
- Maneja sus desechos en forma racional y cuidadosamente, protegiendo el ambiente y la salud de la comunidad en donde se ubica..
- Se ha definido una clara política de investigación, y ejecuta e incentiva la investigación.
- Tiene claros mecanismos para regular la enseñanza y docencia.
- Toda capacitación o formación es supervisada y las actividades de esta índole se desarrollan respetando los derechos y expectativas de los usuarios.
- Periódicamente informa públicamente de los resultados de su gestión a la sociedad, a los usuarios y los financiadores.

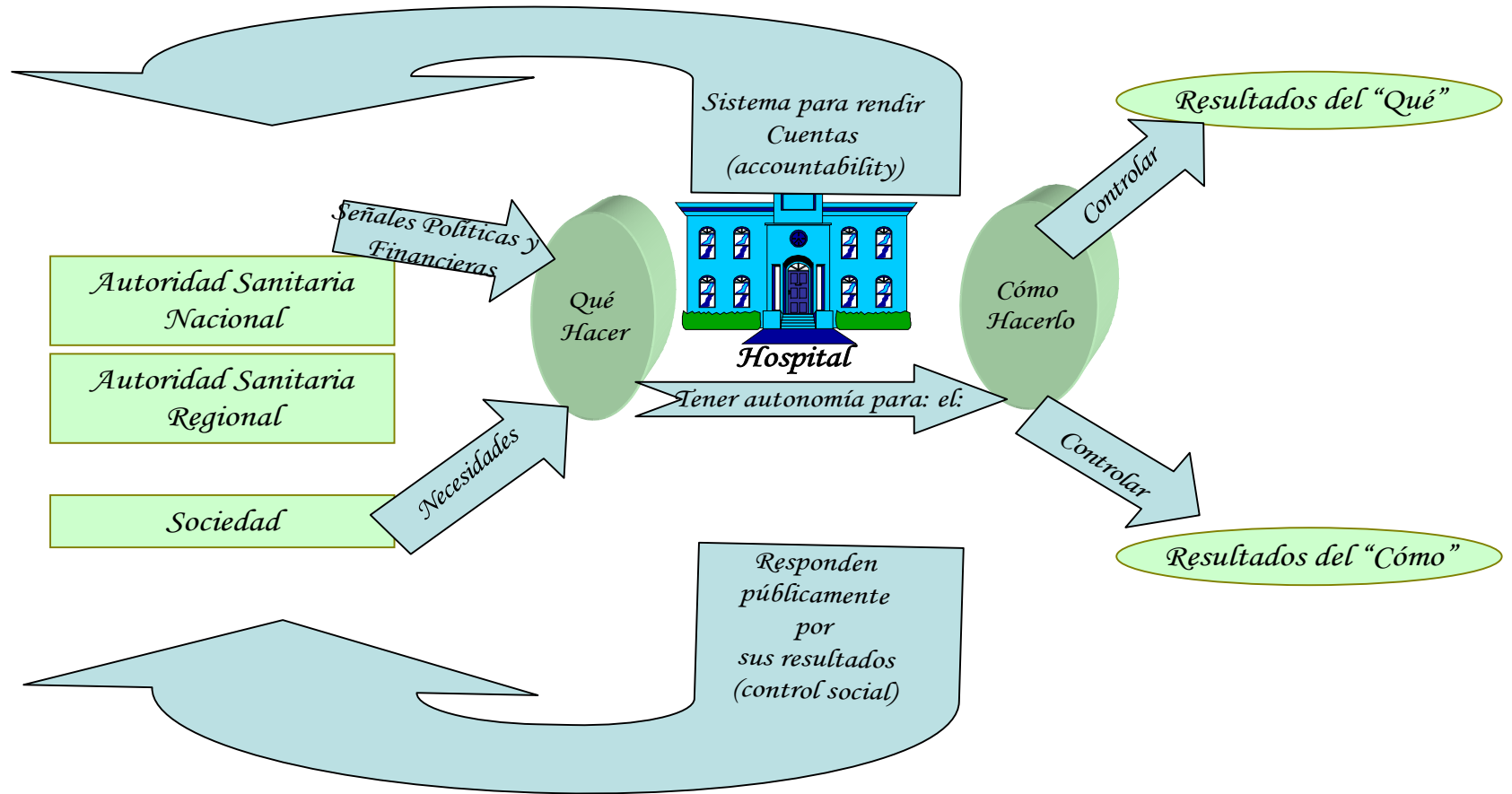
En este sentido, de acuerdo al Modelo de Gestión Hospitalaria, el Hospital se debe hacer una autocrítica para la construcción de la misión hospitalaria, especialmente en tres aspectos:

**Primero:** la productividad institucional, es decir la definición de que se produce en el hospital, el *¿Qué Hacer?* y en que condiciones de eficiencia y efectividad y cual es su impacto social en la salud o rentabilidad social. Sobre este punto es fundamental que el Hospital capte e interprete con claridad las señales procedentes de políticas públicas y objetivos sociales sanitarios, para determinar la estructura del servicio desde las necesidades de salud y el bienestar de las personas y no desde presiones de agentes de la oferta. Den existir señales políticas y financieras precisas y transparentes desde la autoridad sanitaria y desde la sociedad sobre el *¿Qué Hacer?*

**Segundo:** la decisión en función del costo de los medios de producción, es decir la decisión sobre cómo se produce lo que hay que producir, el *¿Cómo Hacerlo?*, teniendo la autonomía suficiente para definir el *Cómo*. El *Cómo* se relaciona con una adecuada gestión clínica, la cual requiere estandarización de procesos clínicos sobre la base de la mejor evidencia disponible a fin de decidir que tecnologías se adoptan, que procedimientos se utilizan, y cuales son los perfiles idóneos de los recursos humanos necesarios.

**Tercero:** el Hospital debe ser capaz de dar respuestas flexibles y claras a las necesidades de salud, como un establecimiento perteneciente a una red de servicios de salud ha de administrar y compartir adecuadamente el riesgo sanitario y financiero, optimizar la utilización de recursos y maximizarla capacidad de resolver los problemas. El hospital tiene que tener capacidad para controlar los resultados del *Qué* y del desempeño de los procesos implicados en *Cómo*; así como mecanismos para rendir cuentas a la autoridad de salud nacional y regional y a la sociedad y responder públicamente por sus resultados de gestión es decir la existencia del control social.

## MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA



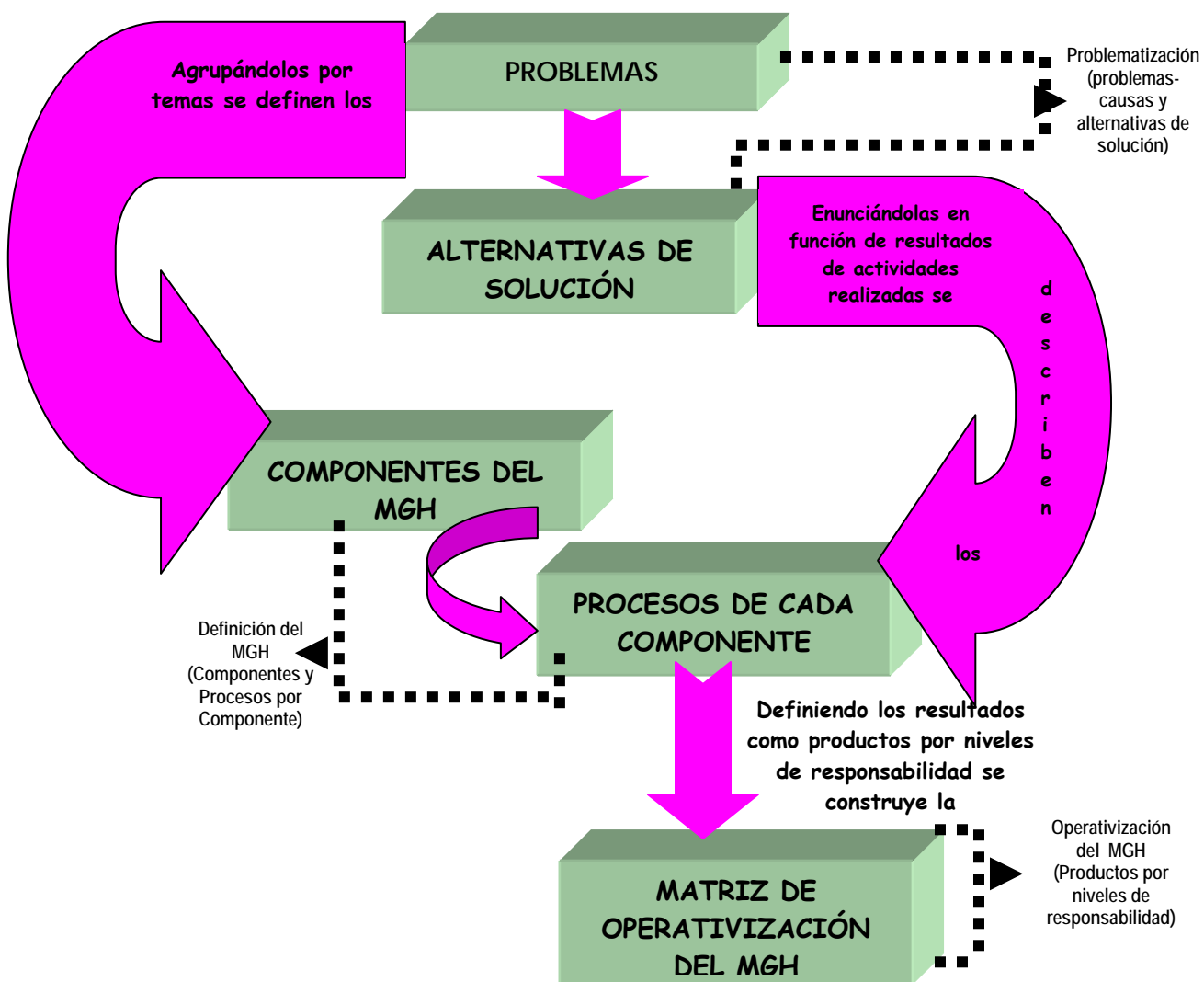
## VIII COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Se define a continuación cada componente del Modelo de Gestión Hospitalaria MGH, la definición de los componentes del Modelo se efectuó en base a un análisis de problemas existentes en la gestión de los hospitales, considerando en la descripción de cada componente una estructura que comprende dos aspectos, un marco conceptual, seguido de la descripción de los procesos respectivos.

El marco conceptual referencial en cada caso se encuentra en relación con los procesos descritos por componente, los que se basan a su vez en las alternativas de solución propuestas en el análisis y se enuncian en función de resultados ya obtenidos por cada acción del proceso divididas por niveles de gestión según los niveles descritos en el MGH; Macrogestión (Nivel Nacional y Regional) Mesogestión y Microgestión según corresponda.

Se plantea adicionalmente una matriz de operativización del MGH, como instrumento facilitador, en el que se definen productos por niveles de responsabilidad, basados en la descripción de los procesos por componentes del MGH

### DESCRIPCIÓN DE LA DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA



## VIII.1 GESTIÓN CLÍNICA

### VIII.1.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

En el presente Modelo de Gestión Hospitalaria, el componente Gestión Clínica es un marco de procesos a partir de los cuales cada unidad productora de servicios clínicos deben constituirse en un centro de responsabilidad, que busca mediante el trabajo en equipo, obtener calidad técnica óptima, resultados oportunos, a costos razonables y con satisfacción del usuario, para la atención segura de los pacientes.

La Gestión Clínica se define como el conjunto de acciones que permiten sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones, en otras palabras la gestión en los servicios asistenciales en la que se integra el conocimiento de la medicina basada en la evidencia, la gestión de las organizaciones y las habilidades necesarias para lograr un servicio eficiente y de calidad en su atención

La Microgestión o Gestión Clínica implica directamente a los profesionales de la salud, los clínicos, quienes deben tomar directamente decisiones sobre los pacientes bajo la mejor evidencia científica disponible. Basa su importancia en el hecho de que alrededor del 70 % de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por los clínicos en su quehacer diagnóstico terapéutico. Así mismo la existencia de la gran variabilidad en las prácticas para atender a los pacientes con las mismas necesidades de salud puede tener repercusiones negativas tanto en la salud de los pacientes como en los costos de la atención

La Gestión Clínica se basa en tres principios fundamentales:

#### 1. ORIENTACIÓN AL PROCESO ASISTENCIAL

- ✓ Protocolizar los procesos asistenciales basados en la mejor evidencia al momento.
- ✓ Otorgar atención integral
- ✓ Fortalecer los sistemas de información
- ✓ Promover la mejora continua

#### 2. AUTOEVALUACIÓN

**Analiza sistemáticamente:**

- ✓ La calidad de los cuidados médicos y de enfermería.
- ✓ Los procedimientos diagnósticos-terapéuticos
- ✓ Los recursos utilizados
- ✓ Los resultados clínicos

#### 3. AUTONOMÍA DE GESTIÓN

- ✓ En la gestión de recursos humanos y materiales
- ✓ En la gestión del presupuesto clínico y la rendición de resultados.

El objetivo de la Gestión Clínica es reorientar la atención médica a las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención médica a la gestión de recursos, insumos y resultados, para maximizar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.

La Gestión Clínica pretende hacer predecibles los procesos asistenciales, es decir, mejorarlos disminuyendo su variabilidad innecesaria mediante estandarización, siendo indispensable que

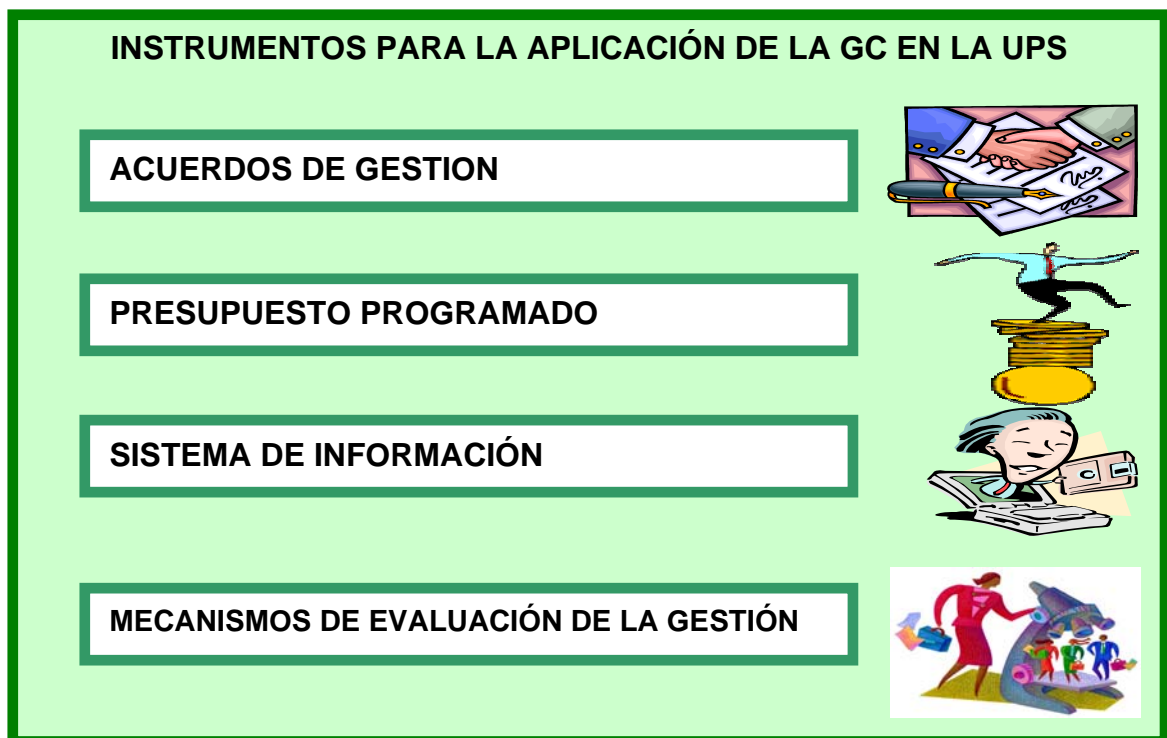
la estandarización se haga con base en evidencia científica sólida o, al menos, en la mejor evidencia disponible y que tenga como consecuencia un mejor resultado para el paciente. La Gestión Clínica incluye una serie de herramientas y metodologías, similares a las que se aplican a los procesos no clínicos, cuyo propósito es mantener o mejorar los estándares de los procesos de atención para disminuir la frecuencia de eventos adversos que pueden evitarse o prevenirse.

Así cada centro de responsabilidad UPS deberá elaborar sus propios planes de gestión de la UPS, orientando su quehacer hacia el usuario como núcleo de toda decisión, y firmando un compromiso anual de gestión con la dirección del hospital, haciéndose progresivamente responsable de la parte correspondiente del compromiso global que el hospital asume con las políticas públicas y la sociedad que atiende.

De esta manera las UPS se constituye en una gestión desconcentrada, donde la clave es la participación y la responsabilidad.

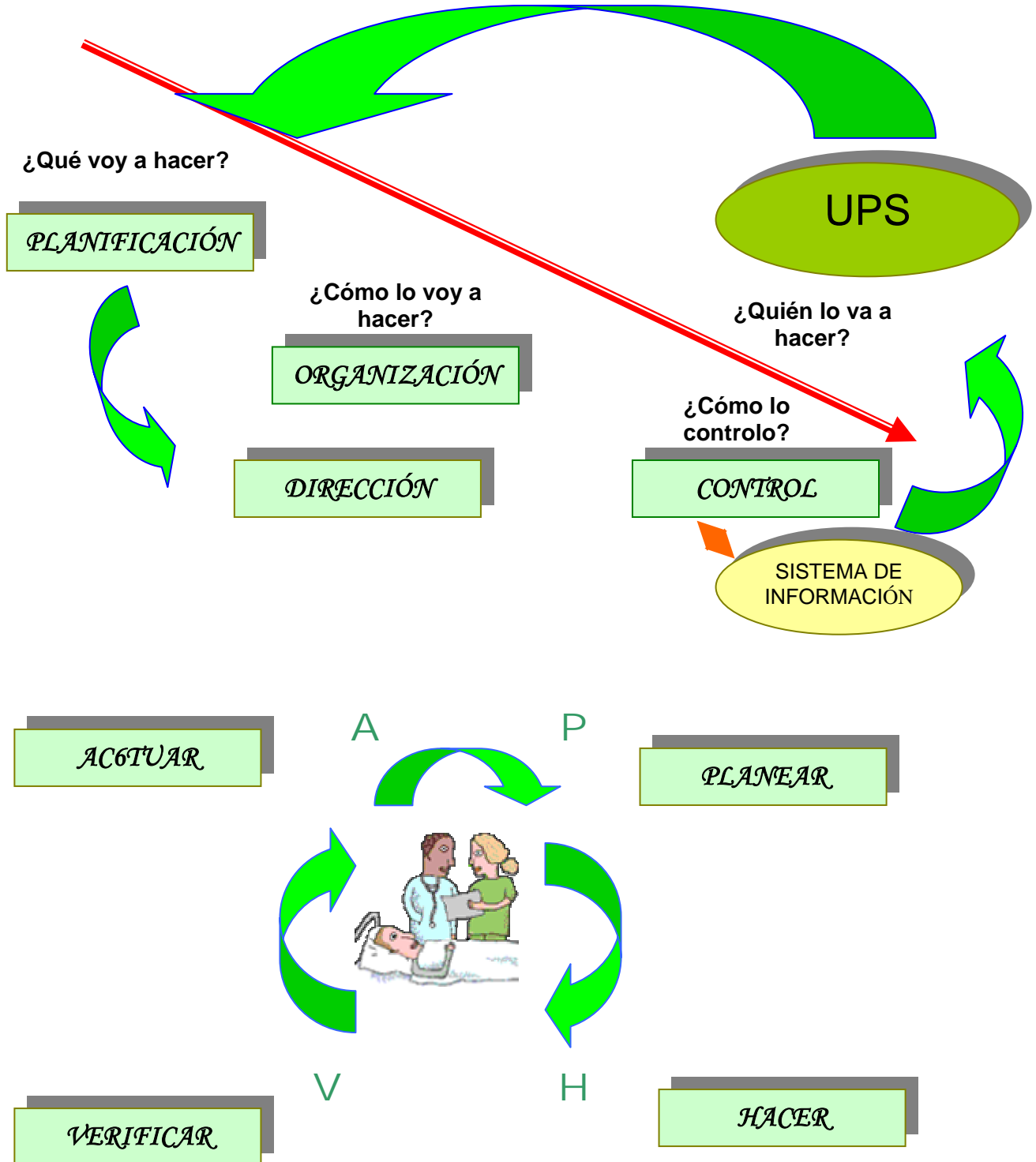
Para la aplicación de la Gestión Clínica en cada UPS, se necesita cuatro instrumentos:

1. El acuerdo de gestión, es un documento formal donde se establecen los compromisos resultantes de la negociación entre la dirección del hospital y la UPS, en donde se estableces los resultados a obtener y los incentivos en el marco del plan de gestión de la UPS.
2. El presupuesto programado, se programa el presupuesto en base a los recursos necesarios para realizar las actividades establecidas en el plan de gestión.
3. El subsistema de información, destinado a controlar la producción, los estándares de calidad, los indicadores de eficiencia y análisis de costos, el mismo que forma parte del sistema de información institucional.
4. Los mecanismos para analizar los resultados de la evaluación de la gestión clínica.





La Gestión Clínica utilizará la metodología básica de PHVA, enmarcada en los procesos fundamentales de gestión que son la planificación, la organización y el control interrelacionados con la capacidad de dirección de la UPS.



## VIII.1.2 PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN CLÍNICA

### VIII.1.2.1 Procesos de Planeamiento de la Gestión Clínica

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- ❑ Se cuenta con normatividad que regula la Gestión Clínica en los establecimientos de salud que incluya: criterios mecanismos para establecer acuerdos o compromisos de gestión entre UPS y Dirección de Hospitales; así como criterios y mecanismos de evaluación de la gestión clínica.
- ❑ Se promueve el fortalecimiento de competencias en gestión clínica en el personal de los hospitales, coordinando y planificando con el área correspondiente a nivel nacional cursos o diplomados.
- ❑ Se implementan planes nacionales para fortalecer el sistema de información que de soporte a la gestión clínica.

#### Macrogestión : Nivel Regional

- ❑ Se cuenta con planes de implementación de la gestión clínica en los hospitales de su ámbito.
- ❑ Se tiene definido con los hospitales de su ámbito Productos Hospitalarios (cartera de servicios de hospitales) en un contexto de red de servios de salud.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- ❑ Se cuenta con acuerdos o compromisos establecidos entre las UPS y la Dirección del hospital.
- ❑ Se tiene definido con las UPS Productos Hospitalarios (cartera de servicios institucional).
- ❑ Se cuenta con un Plan de Auditoría del Hospital aprobado.
- ❑ Se cuenta con Plan de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias aprobado.
- ❑ Se cuenta con Plan de Seguridad del Paciente del Hospital aprobado

#### Microgestión: Nivel de UPS del Hospital

- ❑ El gestor clínico conduce la elaboración de un Plan de Gestión Clínica de la UPS, con participación del personal que labora en la UPS, a partir del análisis de la situación, basada en evidencias como estudio de procesos, indicadores de desempeño y de resultado de la gestión clínica de la UPS entre otros<sup>6</sup>, trazándose objetivos, actividades e indicadores de resultado para el monitoreo del plan.
- ❑ El gestor clínico participa activamente en los procesos de planificación institucional en el momento de definición de productos hospitalarios (cartera de servicios) y en la determinación de dotación, combinación y monto de recursos para generar productos en el ámbito de su competencia.
- ❑ Se cuenta con Proyectos de Mejora Continua para mejorar procesos de atención en la UPS.

---

<sup>6</sup> (informes de auditoria, informe de auto evaluación, informe de sistema de referencia y contrarreferencia, reporte de eventos adversos, uso racional de medicamentos, encuesta de satisfacción de usuario, evaluación del desempeño del personal; evaluación, supervisión y monitoreo de procesos, vigilancia epidemiológica, supervisión de medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, implementación de disposiciones institucionales, nueva normatividad y/o política institucional, etc.)

### **VIII.1.2.2 Proceso de Organización de la Gestión Clínica**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con normatividad que regula la elaboración de guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos.
- ❑ Se tienen formuladas guías de práctica clínica nacionales, priorizando las principales patologías cobiertas en el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud PEAS.
- ❑ Se cuenta con normatividad que regula la elaboración de manuales de organización y funciones y manuales de procesos y procedimientos en los hospitales.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se tiene organizado en las Dirección de Servicios de Salud o equivalente personal con competencias para brindar asistencia técnica y seguimiento a los hospitales de su ámbito en la implementación de la gestión clínica.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se han aprobado Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos y Procedimientos en el marco del Modelo de Gestión Hospitalaria.
- ❑ Se tiene organizado el nivel funcional en el Comité de Gestión para el monitoreo del desempeño de la gestión clínica en las UPS del hospital.
- ❑ Se tiene conformado y aprobado con Resolución Directoral el Comité de Historias Clínicas.
- ❑ Se tiene conformado y aprobado con Resolución Directoral el Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
- ❑ Se tiene conformado y aprobado con Resolución Directoral el Comité de Auditoría.

#### **Microgestión: Nivel de UPS del Hospital**

- ❑ El gestor clínico conduce con participación del equipo de salud que labora en la UPS y con apoyo del responsable de la Oficina de Calidad del hospital o quien haga sus veces, la definición del funcionamiento de la UPS a través de la:
  - Definición de funciones del personal en un MOF.
  - Publicación de Cartera de Servicios de la UPS
  - Estandarización de la Práctica Clínica: La UPS cuenta con Guías de Práctica Clínica de los Daños más frecuentes oficializadas.
  - Estandarización de Procedimientos Médico-Quirúrgicos: La UPS cuenta con Guías de Procedimientos de los procedimientos más frecuentes, oficializadas.
  - Estandarización del Proceso de Atención y los Procesos de Interrelación con otras UPS y de otros establecimientos de salud y UPS de la red de servicios de salud, contando con fichas de descripción de los procedimientos que conforman el proceso de atención en la UPS, con sus respectivos diagramas de flujos.

### **VIII.1.2.3 Proceso de Control de la Gestión Clínica**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se evalúa la implementación de la normatividad en gestión clínica.
- ❑ Se cuenta con tablero de mando actualizado sobre desempeño de la gestión clínica por DIRESAS/DISAS o equivalentes de hospitales de su ámbito.

### **Macrogestión : Nivel Regional**

- ❑ Se realizan supervisiones en hospitales de su ámbito sobre adherencia a las guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos.
- ❑ Conduce y promueve el proceso de acreditación en hospitales de su ámbito.
- ❑ Se cuenta con tablero de mando actualizado sobre desempeño de la gestión clínica de los hospitales de su ámbito

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se monitorea la adherencia a las guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos en cada UPS del hospital.
- ❑ Se han aprobado Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos y Procedimientos en el marco del Modelo de Gestión Hospitalaria.
- ❑ Se tiene organizado acciones en el Comité de Gestión para el monitoreo del desempeño de la gestión clínica en las UPS del hospital.
- ❑ Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa en el Hospital.
- ❑ Se cuenta con un sistema descentralizado de vigilancia de medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- ❑ Se tiene organizado el sistema de vigilancia y registro de eventos adversos en el hospital.
- ❑ Se tiene organizado el proceso de acreditación en el Hospital.
- ❑ Se cuentan con mecanismos para realizar la valoración de quejas y sugerencias de los usuarios externos.
- ❑ Se tiene organizado mecanismos para el seguimiento de auditorías realizadas en las UPS del Hospital y
- ❑ Se cuenta con tablero de mando actualizado sobre desempeño de la gestión clínica del hospital.
- ❑ Se cuentan con sistemas de medición de satisfacción de usuarios externos.

### **Microgestión: Nivel de UPS del Hospital**

- ❑ El gestor clínico conduce la definición de este proceso con participación del equipo de salud que labora en la UPS y con apoyo del responsable de la Oficina de Calidad del establecimiento o quien haga sus veces, utilizando como base el sistema de información, a través de:
  - Auditoría de Historias Clínicas: La UPS esta organizada para desarrollar auditorías de las historias clínicas de paciente atendidos en la UPS.
  - Monitoreo de indicadores: Cuenta con tablero de mando para monitorear, indicadores de desempeño de la gestión clínica, los analiza y socializa periódicamente en forma conjunta con el equipo de salud de la UPS para la toma de decisiones de mejora, llevando un acta de las reuniones. Para esto cuenta con apoyo de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital.
  - Registro de eventos adversos: Participa en la vigilancia activa de eventos adversos y su registro de acuerdo al sistema establecido en el Hospital.
  - Rondas de seguridad integral del paciente.
  - Vigilancia Epidemiológica Activa VEA: En la UPS a cargo de personal específico de la Unidad de Epidemiología Hospitalaria y con apoyo del personal de la UPS se realiza la VEA, según normatividad vigente.
  - Evaluación de satisfacción de usuarios: La UPS realiza periódicamente evaluación de satisfacción de usuarios internos y externos (encuestas, buzones de sugerencias y

quejas, entrevistas en profundidad, grupos focales) y utiliza los resultados de base para la toma de decisiones para la mejora de la UPS, socializando resultados.

- Evaluación y Análisis de los Procesos de Atención para minimizar el riesgo.

#### **VIII.1.2.4 Proceso de Dirección de la Gestión Clínica en la UPS**

##### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- Se cuentan con Políticas de Gestión Hospitalaria y se tiene definido el Modelo de Gestión Hospitalaria, que incluye la Gestión Clínica como un Componente del mismo.

##### **Macrogestión : Nivel Regional**

- Se conduce reuniones periódicas entre Hospitales de su ámbito y establecimientos de salud del primer nivel de atención para coordinar el manejo de pacientes y asegurar continuidad de la prestación de servicios de salud entre los niveles de atención.

##### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- Se tiene definido el rol del Director Médico en la conducción de la Gestión Clínica Institucional.

##### **Microgestión: Nivel de UPS del Hospital**

- El Jefe o Responsable de la UPS como gestor clínico, con participación del equipo de salud que labora en la UPS, y con apoyo del responsable de calidad del establecimiento o quien haga sus veces; será quien conduce la implementación del proceso de gestión clínica debidamente descrito en el plan de gestión

## VIII.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

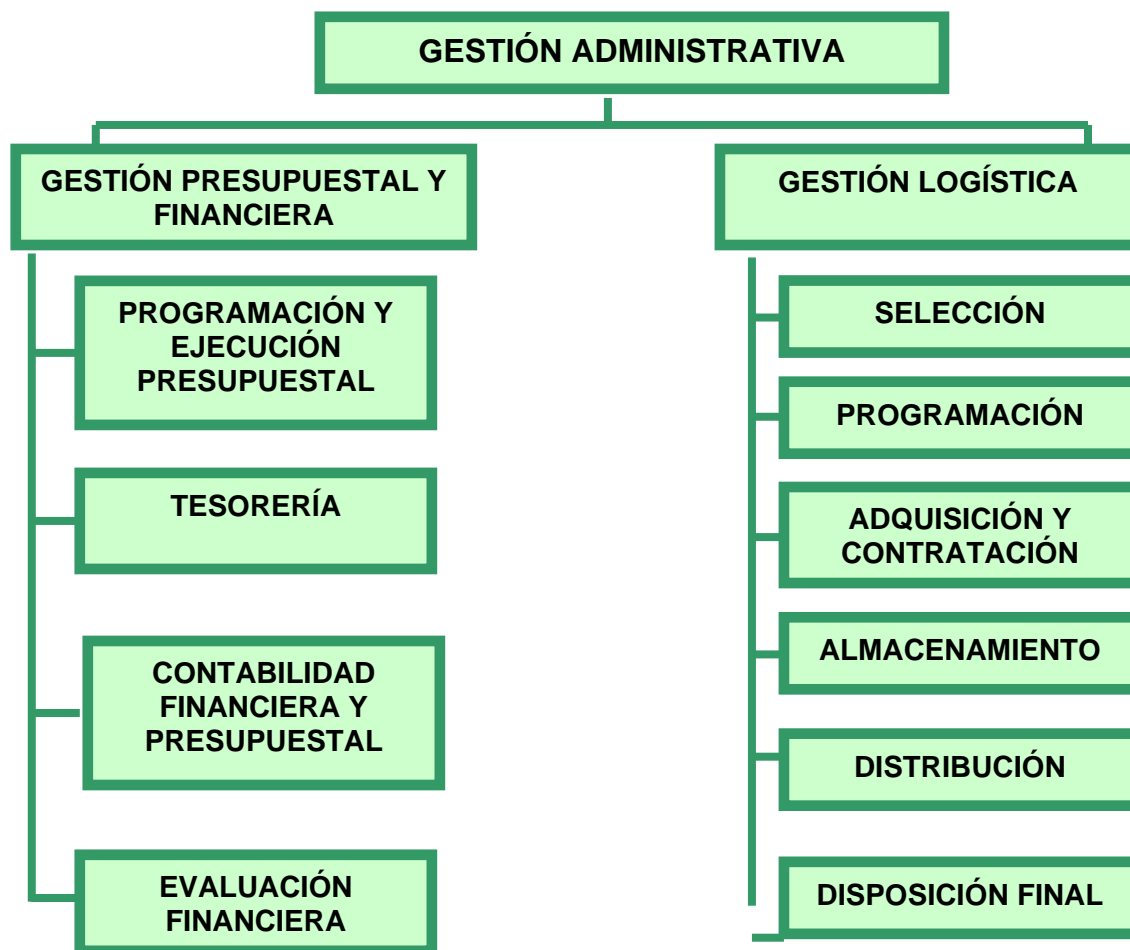
### VIII.2.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La administración es una de las actividades humanas más importantes. Desde que los seres humanos comenzaron a formar grupos para cumplir propósitos que no podían alcanzar de manera individual, la administración ha sido esencial para garantizar la coordinación de los esfuerzos y contribuciones individuales al cumplimiento de objetivos grupales.

La administración es el proceso de diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en equipo, los individuos cumplan eficientemente objetivos específicos. En un sentido más amplio, la administración es un conjunto ordenado y sistematizado de técnicas y prácticas que tiene como finalidad apoyar la consecución de los objetivos de una organización a través de la provisión de los medios necesarios para obtener los resultados con la mayor eficiencia, eficacia y congruencia; así como la óptima coordinación y aprovechamiento del personal y los recursos técnicos, materiales y financieros.

En tal sentido, se define a la Gestión Administrativa como el conjunto de acciones mediante las cuales se desarrollan actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo en general son: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

La gestión administrativa en el hospital involucra el desarrollo de dos procesos principales el de Gestión Económica Financiera y el de Gestión Logística, que su vez se conforman de sub procesos o procesos internos como se ve en el siguiente gráfico.



## **GESTIÓN PRESUPUESTAL FINANCIERA**

La gestión y ejecución de los fondos de la entidad, debe basarse en la programación de las acciones de conformidad con los objetivos estratégicos de la organización, y la racional asignación de escasos recursos para el desarrollo de las mismas.

### ▪ **Sub - Procesos Presupuestarios Financieros**

#### **Programación Presupuestal**

La programación presupuestal es un proceso que se realiza en coordinación estrecha entre las áreas de economía, logística, recursos humanos y planeamiento, de tal forma que, una vez aprobado el presupuesto inicial de apertura (PIA) para los establecimientos de los niveles II y II según corresponda, se procederá a determinar en base a actualización de costos, lineamientos de política de salud y los aspectos epidemiológicos de la región de acuerdo a nivel de complejidad, la demanda de recursos de la entidad (cuadro de necesidades) para la programación presupuestal por centro de costos, lo cual se verá reflejado en la programación mensualizada del presupuesto de la misma. El proceso tiene como base legal la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobada por la Ley N° 28411, la Ley de Presupuesto para el sector público y Directiva para la ejecución presupuestaria que son emitidos con periodicidad anual.

Procedimientos:

- Elaboración de la propuesta de la Demanda Global Anual de la Entidad en base al cuadro de necesidades.
- Distribución y mensualización del presupuesto inicial aprobado a nivel de unidades operativas
- Programación trimestral y mensual de gastos.
- Distribución del calendario de compromisos aprobado.
- Solicitar la ampliación del calendario de compromisos.

#### **Ejecución Presupuestal**

Proceso por el cual se procede al compromiso y pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con lo programado.

Procedimientos:

- Autorización (conformidad) de disponibilidad presupuestal
- Revisión y Afectación presupuestal de los documentos fuentes de compromiso de gasto
- Procesamiento del Balance de Ejecución Presupuestal.
- Recaudación de fondos de diversas fuentes.
- Conciliaciones y verificaciones.
- Reversiones de fondos.
- Revisión de rendiciones.
- Procesamiento de información – elaboración de Estados Financieros.
- Revisión de planillas de activos y cesantes.
- Reconocimiento de acreencias.
- Giro de documentos fuentes, así como por reprogramación.
- Pagos de obligaciones.
- Revisión, registro y control.

## ▪ **Gestión de Tesorería**

La gestión de tesorería, vendría a ser la gestión de liquidez en el hospital, conjunto de actividades orientadas a minimizar los saldos ociosos, maximizar su rentabilidad y garantizar su disponibilidad. El ámbito de actuación afecta tanto al activo como al pasivo de la organización. En cuanto activo, afecta a las partidas de caja, bancos, inversiones financieras y cuentas por cobrar, y en el pasivo afecta a las partidas de cuentas por pagar, efectos desconectados y créditos a corto plazo como se encuentra señalado en la Ley N° 28693 Ley General del Sistema Nacional de Tesorería.

La gestión de tesorería incluye básicamente dos circuitos o procedimientos:

- Circuito de pagos
- Circuito de cobros: sistema de facturación y recaudación

## ▪ **Contabilidad Financiera y Presupuestal**

Proceso por el cual se realiza el control de los desembolsos ejecutados por centros de costos y conceptos de gastos, y se concilia la información para la elaboración de los estados financieros conforme a la Ley N° 28708 Ley General del sistema Nacional de Contabilidad.

Procedimientos:

- Revisión de Control Previo.
- Formulación y expedición de planillas de viáticos.
- Conciliación de Cuentas de Enlace.
- Depreciación de activos fijos mensual.
- Conciliación de Saldos de Balance.
- Control de remesa de fondos por encargos.
- Revisión y codificación de la documentación fuente.
- Análisis y sustentación de las Cuentas de Balance.
- Revisión documentada de gastos.
- Integración Contable.
- Análisis, sustentación y consolidación de la información contable
- Conciliación de información
- Análisis, sustentación y consolidación de la información al cierre contable.

## ▪ **Análisis y Evaluación Financiera**

Los métodos de análisis y evaluación financiera deben ser de amplio espectro e incorporar la mayor cantidad posible de factores que afectan o guardan relación con la eficiencia. Se debe tener en cuenta que incluso los sistemas de amplia base tendrán limitaciones que deben ser superadas con otros procesos analíticos y deben incluir factores cualitativos relevantes.

Los métodos de análisis deben ser ágiles y partir de la demanda de la toma de decisiones y no de sus propias características internas o de los sesgos del especialista.

## **GESTIÓN LOGÍSTICA**

El área de logística ha tomado una posición preferencial dentro de los esquemas de gestión de servicios de salud que se basan en el uso racional de los recursos, que garantice la calidad y continuidad del servicio. La logística es fuente de provisión de las cantidades necesarias de recursos materiales y de servicios, en forma eficiente y eficaz, en la cantidad, calidad y oportunidad requerida.



En este sentido la gestión logística se define como las acciones que tienen por objeto la adquisición, movilización, intercambio y entrega de bienes y servicios que el hospital consume o produce para permitirle efectuar sus objetivos públicos.

#### ▪ **Selección**

Proceso mediante el cual se escogen los productos que se requerirán para efectuar las funciones del establecimiento de salud. Dentro de sus productos se encuentran:

Procedimientos:

- Catalogación, se elabora el catálogo de bienes y servicios en el cual se encuentran consignados de manera ordenada, por grupos de elementos y estos a su vez ordenados de manera muy detallada e individualizada (ítems) alfabéticamente todos los bienes y servicios que son necesarios para el desarrollo de las actividades de una entidad.
- Registro de Proveedores, procedimiento en el cual se elabora es una base de datos que permite el análisis y verificación, para calificar la idoneidad del proveedor. Es de carácter referencial.

#### ▪ **Programación**

Proceso por el cual se consolidan los requerimientos de los usuarios para la elaboración del Plan de Adquisiciones de la Entidad, el cual se sustenta en necesidades reales y consumos históricos proyectados.

Procedimientos:

- Programación de necesidades (cuadro de necesidades).
- Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones.
- Elaboración y actualización del estudio de mercado.
- Elaboración del expediente técnico de adquisición.
- Programación y solicitud de calendario.

#### ▪ **Adquisición y Contratación**

Adquisición de bienes o servicios requeridos por los usuarios y programados en el PAAC, mediante modalidades establecidas en la normativa. En casos especiales, debidamente sustentados, se procederá a compras no programadas.

- Solicitud de aprobación del expediente técnico del proceso.
- Designación del comité especial a cargo del proceso.
- Solicitud de aprobación de bases del proceso.
- Convocatoria y ejecución del proceso de selección.
- Elaboración de contratos, órdenes de compra y servicio.

#### ▪ **Almacenamiento**

Custodia y conservación temporal de los bienes para su posterior distribución a las dependencias solicitantes.

- Desaduanaje, en los casos que corresponda.
- Solicitud de Adjudicación de Aduanas.
- Almacenamiento y custodia de bienes
- Control de stocks.
- Aplicación de buenas prácticas de almacenamiento.
- Registro, control y entrega de información.

## ▪ **Distribución**

Proceso relacionado a la directa satisfacción de las necesidades de bienes y servicios en general de las dependencias de una entidad.

- Atención de PECOSAS.
- Aceptación de Donación.
- Alta de Bienes.
- Baja de bienes.
- Reposición por robo o pérdida.
- Transferencia de Bienes de Baja.
- Donación de bienes de baja.
- Subasta de bienes muebles.
- Destrucción.
- Saneamiento de Inmuebles.
- Saneamiento de vehículos.
- Toma de Inventarios valorizados.
- Conciliación Contable – Patrimonial.
- Supervisión de Donaciones

## ▪ **Disposición Final**

### **VIII.2.2 PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

#### **VIII.2.2.1 Proceso de Fortalecimiento de la Gestión Económica Financiera**

##### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con un documento técnico que estandarice y facilite los procedimientos de gestión de fondos y ejecución presupuestal, con definiciones operativas claras.
- ❑ Se concilia contablemente la transferencia financiera de fondos, bienes corrientes y bienes de uso que efectúe la unidad ejecutora - administración central del MINSA.
- ❑ Se cuenta con un programa de fortalecimiento de capacidades y competencias de los sistemas administrativos de presupuesto, tesorería y contabilidad.

##### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se implementan plataformas tecnológicas que integran la gestión administrativa a nivel de hospitales y servicios con tarifario diferenciado. Ejemplo: SIGA.
- ❑ Se supervisa la ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.
- ❑ Se supervisa la implementación de plataformas tecnológicas que integren la gestión administrativa a nivel de hospitales y servicios con tarifario diferenciado. Ejemplo: SIGA.

##### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa en el Hospital.
- ❑ Se emiten Resoluciones Directorales de integración entre la Dirección Administrativa y la Dirección del Hospital, a fin de proveer el apoyo financiero que responda estratégicamente a las necesidades de éste.
- ❑ Se realiza la Ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.
- ❑ Se realiza el Reporte de información financiera y presupuestal de conformidad con la normatividad, formas y plazos señalados por las instancias superiores competentes.

- ❑ Se promueve el Desarrollo del personal, en cada uno de los procesos desarrollados en el área.
- ❑ Se aplican las Directivas emitidas por MINSA como ente Rector y el Ministerio de Economía y Finanzas, en materia de gestión y ejecución de fondos, así como estandarización de procesos y procedimientos económico-financieros, adecuando ello a la realidad concreta de cada organización.
- ❑ Se cuenta con Alternativas para el cumplimiento de pago de servicios – deudas: fraccionamiento de deudas, trabajo por servicio recibido, seguimiento de terceros para cobranza.

### **VIII.2.2.2 Proceso de Fortalecimiento de la Gestión Logística**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con Documento Normativo de Procedimientos Logísticos Hospitalarios actualizada.
- ❑ Se cuenta con Documento Técnico que ayude a Identificar la problemática de adquisiciones de bienes en los hospitales en relación a normatividad vigente.
- ❑ Se generan economías de escala a través de compras corporativas que consolidan las adquisiciones de los centros hospitalarios con la finalidad de optimizar la gestión de recursos a través de la generación de ahorros.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se supervisa el cumplimiento de los estándares establecidos para la Gestión Logística Hospitalaria.
- ❑ Se ha elaborado el Plan de Capacitación para la implementación óptima del Modelo de Gestión Logística Hospitalaria.
- ❑ Se ha elaborado el Diagnóstico Situacional de la problemática de adquisiciones y demanda de inversiones.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se elabora el Plan Anual de Adquisiciones, de conformidad con los requerimientos de las áreas usuarias (cantidad, calidad y oportunidad) y presupuesto asignado a éstas.
- ❑ Se ha Implementado el SIGA al 100% en cada Hospital.
- ❑ Se Implementan procedimientos logísticos hospitalarios en concordancia con la Directiva.
- ❑ Se cuenta con Catalogo de productos e insumos con precios referenciales actualizada a nivel nacional y aplicado en los hospitales.
- ❑ Se realiza la Diferenciación de recursos estratégicos y no estratégicos, para la priorización de atención a los primeros.
- ❑ Se cuenta con Relación de proveedores ordenado y actualizado según criterios preestablecidos en el hospital y a nivel nacional.
- ❑ Se implementan y promueven procesos y procedimientos de gestión de compras: (que comprar, cuando y cuanto comprar) impulsada desde la dirección: Programación según perfil de demanda
- ❑ Se realiza el Saneamiento físico-legal en coordinación con área jurídica.

### VIII.3 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

#### VIII.3.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

El término recurso humano hace referencia al conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que poseen las personas que trabajan en una actividad o región determinada.

Recurso humano en salud (RHUS), alude en el sentido más amplio a las personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, se considera que las personas no son recursos, sino que poseen recursos (conocimientos, habilidades, actitudes y valores).

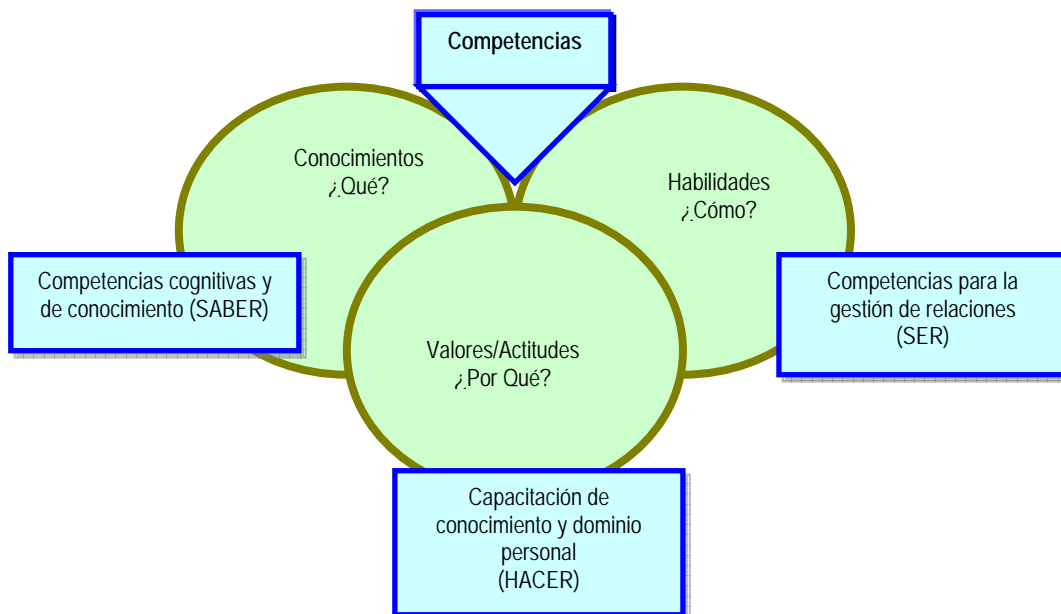
Los recursos humanos en el hospital tienen una doble dimensión como:

- Factor estructural, conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen valores y organizan y desarrollan el proceso de trabajo.
- Factor productivo, se articulan con los restantes factores para proveer servicios de salud, siendo el principal recurso de este proceso productivo.

La gestión de recursos humanos en el hospital viene a ser la capacidad de tomar decisiones y desarrollar acciones concretas que permitan que los RHUS logren funcionalmente en forma óptima cumplir con su doble dimensión dentro del hospital, movilizandolos voluntades y competencias en función de resultados institucionales y logro de la misión pública del hospital.

El enfoque de gestión que se establece es uno basado en competencias, porque en realidad la gestión de los recursos humanos es una gestión de sus competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y valores), este enfoque permitirá que el hospital desarrolle su talento humano y transforme su cultura en una de una organización de alto desempeño e introduzca los cambios necesarios para este fin.

#### COMPETENCIAS Y CAPACIDADES PARA EL LOGRO DE LA EXCELENCIA

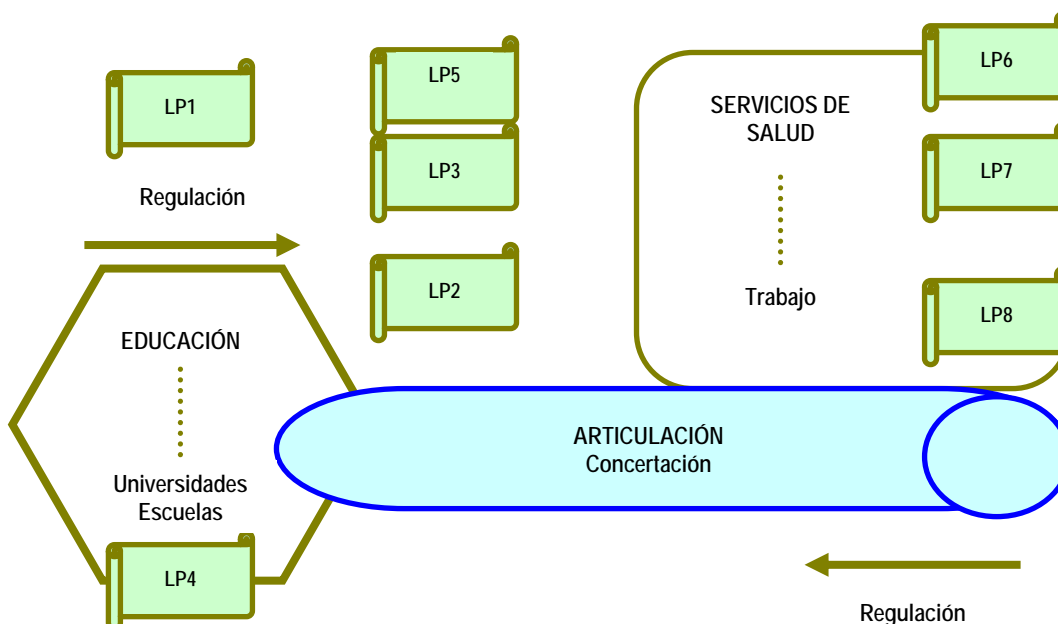


Fuente: Metodologías para la formulación de perfiles de competencia. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 3. Lima, Perú 2005

Así mismo, la gestión de recursos humanos en el hospital se enmarca en los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud del Sector:

1. Formación de recursos humanos en salud basada en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.
2. Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.
3. Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.
4. Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.
5. Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito, local, regional y nacional.
6. Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.
7. Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.
8. Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basadas en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional

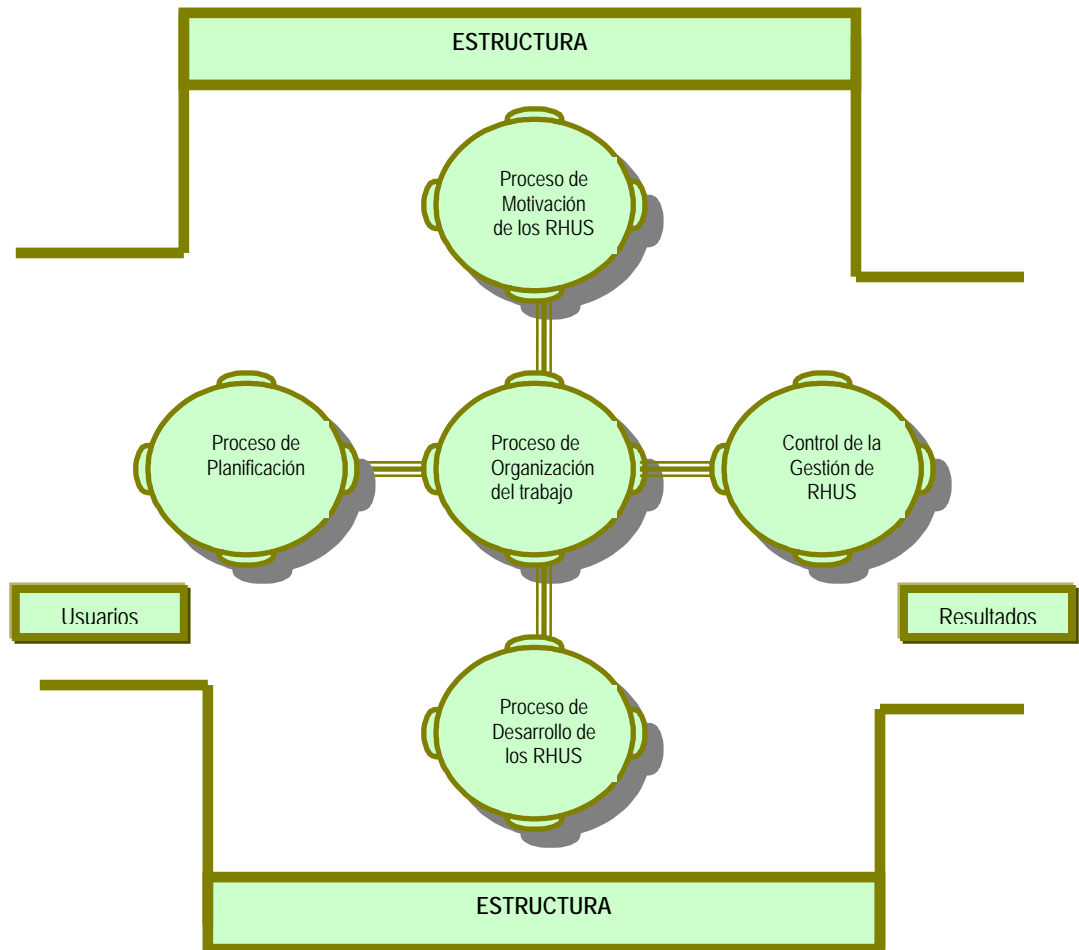
### INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD



Fuente: "Los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud". Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en salud. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 2. Lima, Perú 2005.

En el presente Modelo de Gestión Hospitalaria, se aborda la gestión de recursos humanos en salud considerando el desarrollo de una serie de procesos básicos que se muestran en el siguiente gráfico.

### Procesos de Gestión de Recursos Humanos en Salud



Fuente: Adaptado del Documento "Los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud". Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en salud. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 2. Lima, Perú 2005.

Se definen entonces cinco procesos en la gestión de recursos humanos en salud en el hospital:

### Procesos de Gestión de Recursos Humanos en Salud RHUS

Proceso	Definición	Subprocesos
Planificación	Proceso en el que se definen las necesidades en relación a los RHUS, actividades e instrumentos, en concordancia con la política de desarrollo del hospital y la red de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definición de brechas de RHUS.</li> <li>▪ Definición de intervenciones referentes a los RHUS.</li> </ul>

Proceso	Definición	Subprocesos
<b>Organización del Trabajo</b>	Proceso a través del cual se dotan de los RHUS; ordena y coordina las actividades de los trabajadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseño de los perfiles ocupacionales.</li> <li>▪ Diseño de los cargos.</li> <li>▪ Reclutamiento de RHUS.</li> <li>▪ Selección de RHUS.</li> <li>▪ Orientación de los RHUS (inducción).</li> </ul>

Proceso	Definición	Subprocesos
<b>Desarrollo de los RHUS</b>	Proceso continuo mediante el cual los colaboradores de las organizaciones desarrollan el potencial que tienen, se integran y fortalecen como equipo de trabajo, haciendo uso adecuado de sus competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacitación y profesionalización de los RHUS.</li> <li>▪ Evaluación del desempeño de los RHUS.</li> <li>▪ Adecuación del entorno laboral.</li> <li>▪ Desarrollo de un clima organizacional adecuado.</li> </ul>

Proceso	Definición	Subprocesos
<b>Motivación de los RHUS</b>	Proceso cuyo objetivo es incentivar continuamente a las personas para que logren metas y resultados desafiantes, de tal manera que dichos incentivos constituyan un mensaje motivador hacia los trabajadores respecto del tipo de organización que se intenta crear.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remuneración.</li> <li>▪ Beneficios y servicios: Bienestar del trabajador.</li> <li>▪ Incentivos y estímulos.</li> </ul>

Proceso	Definición	Subprocesos
<b>Control de la Gestión de los RHUS.</b>	Proceso por el cual se verifica hasta que punto se están consiguiendo los objetivos previstos, se introducen mejoras y se prevé contingencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de sistema de información gerencial de los RHUS (Banco de datos, registro)</li> </ul>

En el marco del modelo de gestión hospitalaria, la gestión de recursos humanos en salud, como factor crítico para el cambio, requiere de una orientación racional, que no solo permita responder a los problemas cotidianos, sino que se proyecte hacia el futuro como parte de una respuesta a la ciudadanía en el servicio de su salud en un contexto de red. De esta manera se resumen en el siguiente cuadro las características de la gestión de recursos humanos en el hospital, y sus diferencias frente a posiciones no apropiadas.

## CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Características de la Gestión de RHUS		
Característica	Gestión negativa	Gestión positiva
Concepción	Fuerza de trabajo no protagonista	Factor estratégico
Gestión financiera del RHUS	Administración de pagos	Planificada y financiada (presupuesto para incentivos y capacitación)
Selección	Criterios generales	Según perfiles de competencias acordes con la demanda.
Remuneración	Sueldos poco competitivos y heterogéneos	Retribuciones mixtas con fracciones fijas y variables asociadas con resultados
Motivación	Baja, incentivos negativos (menor esfuerzo, evasión del trabajo, ausentismo) mínima o ninguna recompensa al buen desempeño	Parte de una política de incentivos que impulsa la autorregulación y la responsabilidad
Desempeño	El desempeño se define según el título del empleado	El desempeño se define según competencias que describen <i>qué</i> trabajo se realiza y <i>cómo</i>
Evaluación del desempeño	Insuficientes criterios de evaluación del desempeño	De acuerdo con resultados y basado en competencias
Capacitación	No sistemática, sin relación directa con necesidades del hospital	Procesos sistemáticos de capacitación de acuerdo con las necesidades ajustadas a los procesos de trabajo en relación a brechas de competencias
Sistema de información	Muy poco desarrollado	Diseñado para el hospital como criterio fundamental para la toma de decisiones
Quien ejecuta los procesos de gestión de RHUS	En forma fragmentada, sin una visión integral de los procesos, limitados mayormente a unidades de personal aplicando legislación vigente, con baja participación en decisiones institucionales	Se ejecutan los procesos de gestión de RHUS en forma coordinada como una unidad funcional.

Fuente: Adaptado de Fuentes Brito P. Gestión descentralizada de recursos humanos en salud en la reforma sectorial. Washington, DC. OPS.

Se propone ejercer una gestión de los RHUS para el cambio, que impulse la autorregulación individual y colectiva, la filosofía de la calidad y el equilibrio financiero, con sistemas de incentivos ligados al rendimiento del personal. El reto es gestionar los valores, actitudes, conocimientos y habilidades y adaptarlos a las exigencias de la demanda en un clima organizacional favorable

Se promoverá la estabilidad laboral de los RHUS, con la tendencia a la disminución de los contratos por servicios no personales, teniendo el personal las mismas oportunidades en el hospital.



## VIII.3.2 PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

### VIII.3.2.1 Procesos de Planificación de Recursos Humanos

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- Se tienen definidos estándares mínimos para la dotación de personal por UPS a nivel hospitalario.
- Se tiene establecidas las brechas de RHUS a nivel nacional.
- Se cuenta con dispositivos normativos que contengan mecanismos de regulación de los profesionales de salud que las regiones y el país requieren, elaborado en referencia a una línea de base de diagnóstico de necesidades.
- Se ha concensuado con las universidades y otros centros de formación la apertura, ampliación o reducción de centros de formación de recursos humanos en áreas deficitarias.
- Se cuenta con un Plan Nacional de RHUS.

#### Macrogestión: Nivel Regional

- Se tiene establecidas las brechas de RHUS en las Regiones.
- Se tiene la fuente de financiamiento proporcionada por el gobierno regional y plazas para dar respuesta a las brechas de RHUS.
- Se cuenta con un Plan Regional de RHUS.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- Se tiene establecidas las brechas de RHUS en el hospital en el contexto de la red de servicios de salud.
- Se tienen proyectadas acciones en relación a los RHUS en el hospital.
- Se tiene presupuestadas y financiadas acciones en relación a los RHUS.

### VIII.3.2.2 Proceso de Organización del Trabajo

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- Se mantiene la política de concursos de directores y se amplía a otros cargos de en los hospitales basado en competencias y méritos.
- Se tienen definidos perfiles ocupacionales por competencias
- Se desarrollan y homogeniza niveles o líneas de carrera para los trabajadores de salud integrados a una red de servicios de salud contenidos en la Ley de la Carrera Administrativa de los Trabajadores de Salud.
- Se tienen definidos y estandarizados los procesos e instrumentos de gestión de RHUS.

#### Macrogestión: Nivel Regional

- Se implementa la política de concursos de directores y se amplía a otros cargos de en los hospitales basado en competencias y méritos.
- Se impulsa la implantación de los procesos de gestión de RHUS en los hospitales de su ámbito.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- Desarrolla reclutamiento y selección de los RHUS en base a perfiles ocupacionales por competencias y necesidades de la demanda en un contexto de red.
- Tiene sistematizada la inducción de personal que ingresa al hospital
- Implementa los procesos de gestión de RHUS en el hospital

### VIII.3.2.3 Proceso de Desarrollo de Recursos Humanos

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- ❑ Se tienen definidos mecanismos de concertación y negociación en las relaciones laborales.
- ❑ Se tienen definidas las líneas estratégicas del desarrollo de competencias del personal hospitalario y un programa integral de desarrollo de competencias.
- ❑ Se define metodología de evaluación del desempeño en hospitales.
- ❑ Se tiene definida metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora.

#### Macrogestión: Nivel Regional

- ❑ Se promueve la implementación de mecanismos de concertación y negociación en las relaciones laborales en hospitales de su ámbito.
- ❑ Se ha formulado el plan regional de desarrollo de competencias.
- ❑ Se promueve la aplicación de metodología de evaluación del desempeño en hospitales de su ámbito.
- ❑ Se promueve la aplicación de metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora en hospitales de su ámbito.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- ❑ Los equipos administrativos y asistenciales del hospital participan en programas de capacitación gerencial y técnica asistencial basados en el desarrollo de competencias para mejorar su desempeño.
- ❑ Se ha fomentado el compromiso con los valores positivos.
- ❑ Se ha difundido y promovido la aplicación de los códigos de ética de los diferentes colegios profesionales.
- ❑ Se realiza la evaluación del desempeño basada en perfiles de competencias en forma sistematizada con indicadores concretos.
- ❑ Se aplican mecanismos de concertación y negociación de relaciones laborales en el hospital en forma descentralizada.
- ❑ Se aplica metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora.
- ❑ Se fomenta la cultura de responsabilidad (accountability) y autoregulación, las unidades productoras de servicios firman un compromiso anual de gestión con la dirección del hospital, responsabilizándose de sus productos.

### VIII.3.2.4 Proceso de Motivación de Recursos Humanos

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- ❑ Se ha establecido la norma general para el ordenamiento del sistema de remuneraciones hospitalarias.
- ❑ Se han definido los lineamientos y mecanismos concretos para el desarrollo de incentivos integrales (financieros y no financieros) que diferencien el aporte de los trabajadores desde el punto de vista de productividad y calidad de atención.
- ❑ Se han definido mecanismos de beneficios y servicios para los recursos humanos en el hospital.
- ❑ Se promoverá la estabilidad laboral de los RHUS, con la tendencia a la disminución de los contratos por servicios no personales, teniendo el personal las mismas oportunidades en el hospital.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se implementa la norma general para el ordenamiento del sistema de remuneraciones hospitalarias.
- ❑ Se implementan los lineamientos y mecanismos para el desarrollo de incentivos integrales que diferencien el aporte de los trabajadores desde el punto de vista de productividad y calidad de atención, que impulsa la responsabilidad autorregulación.
- ❑ Se impulsa la implementación de de beneficios y servicios para los recursos humanos en el hospital.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Las remuneraciones se realizan en base a la norma del sistema de remuneraciones hospitalarias.
- ❑ Se ha implementado el plan de incentivos en base a lineamientos nacionales.
- ❑ Se tiene establecidos beneficios y servicios para el personal: plan de salud de trabajadores, servicios de cuna entre otros.
- ❑ Se realizan mediciones de motivación laboral.

### **VIII.3.2.5 Proceso de Control de la Gestión de Recursos Humanos**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se tiene incorporados indicadores de gestión de RHUS en el tablero de control de mando de hospitales.
- ❑ Se han diseñado instrumentos de supervisión, monitoreo y evaluación de la gestión de RHUS.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se tiene incorporados indicadores de gestión de RHUS en el tablero de control de mando de hospitales de su ámbito.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

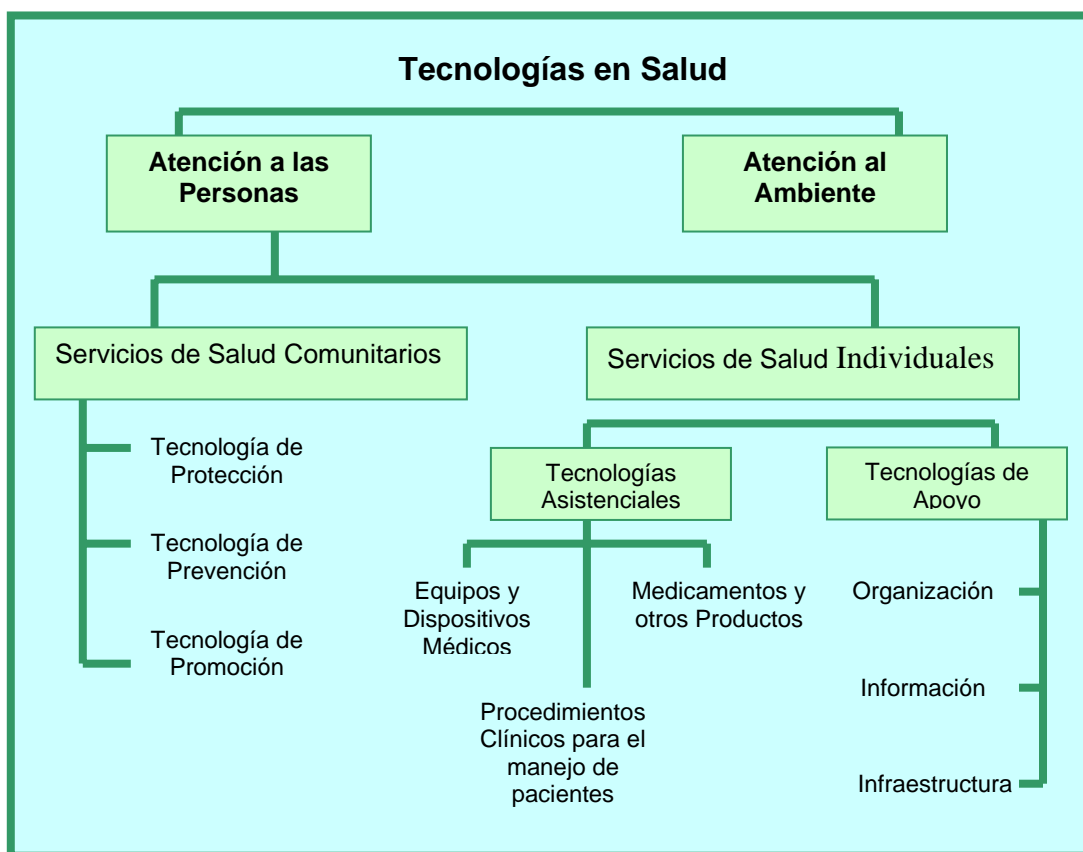
- ❑ Se utiliza tablero de control de mando en el hospital que contenga indicadores de gestión de RHUS para la toma de decisiones.

## VIII.4 GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

### VIII.4.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La tecnologías en salud ha experimentado una gran evolución, hoy en día el hospital se ha convertido en un complejo espacio donde se utiliza alta tecnología, la confianza de los usuarios de servicios que brinda el hospital se fundamenta en gran medida en la calidad de la tecnología en salud, por tanto, si se busca responder a las necesidades de salud de la población, se precisa de una óptima gestión de las tecnologías en salud en el hospital.

La denominación de Tecnologías en Salud (TS) se refería inicialmente a los “medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo” necesarios para su empleo en la atención a los pacientes; esta definición se ha ido ampliando para incluir a todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas, sanas o enfermas, y se ha incluido también las aplicadas a la atención del medio ambiente, cuando su relación con la salud humana está demostrada.

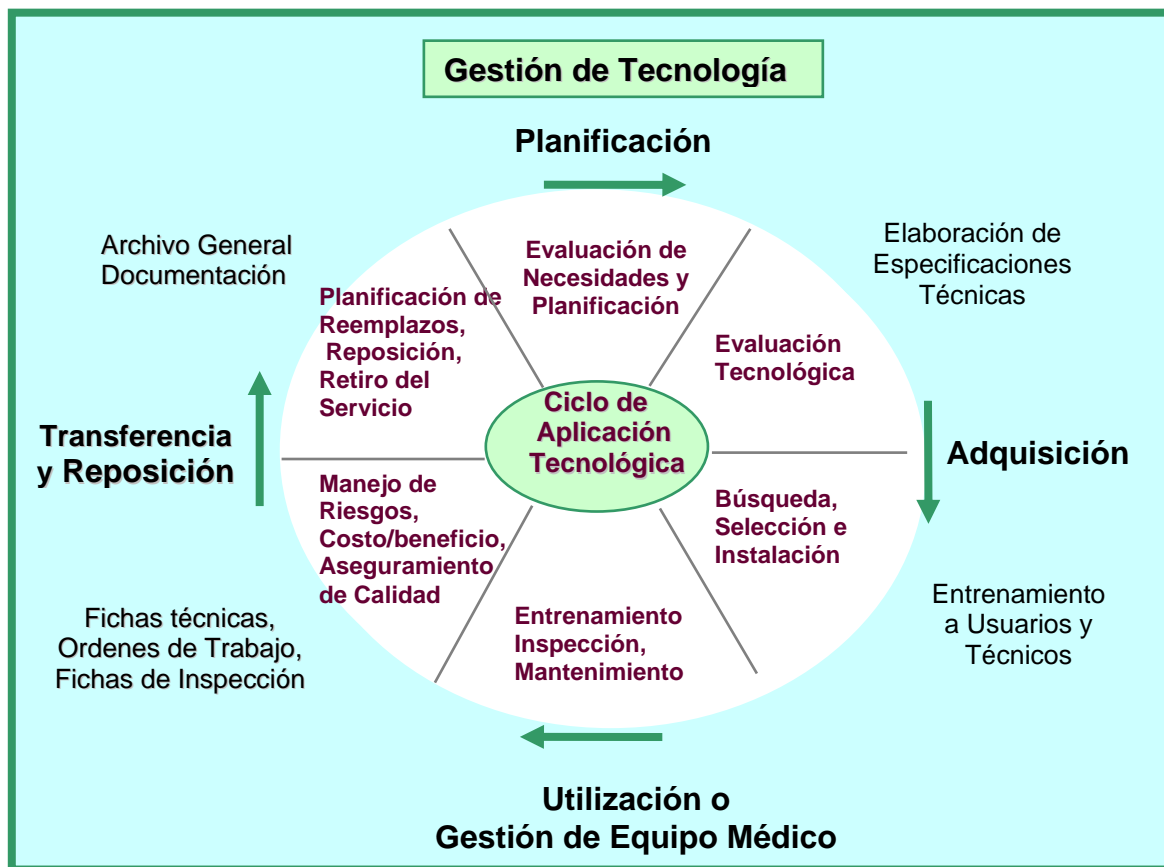


Referencia El Desarrollo de la Evaluación de las Tecnologías en Salud en América Latina y el Caribe-OPS/OMS-Marzo 2000

La gestión de tecnología en salud TS en el ámbito hospitalario se puede definir como la suma de todos los procedimientos de ingeniería y gerencia que permiten asegurar el uso óptimo de los recursos tecnológicos con que cuenta la institución, contribuyendo por otra parte a que la estancia y la atención de los usuarios transcurran de manera confortable y segura.

La gestión de TS guarda relación con el concepto del ciclo de aplicación tecnológica, que viene a ser el proceso de incorporación y adquisición de una tecnología en un sistema de servicios de salud, y este ciclo de aplicación tecnológica consta de tres etapas o procesos: planificación, adquisición y administración.

## CICLO DE APLICACIÓN TECNOLÓGICA



Bajo este contexto en la gestión de recursos tecnológicos en salud, se pueden definir así mismo tres procesos:

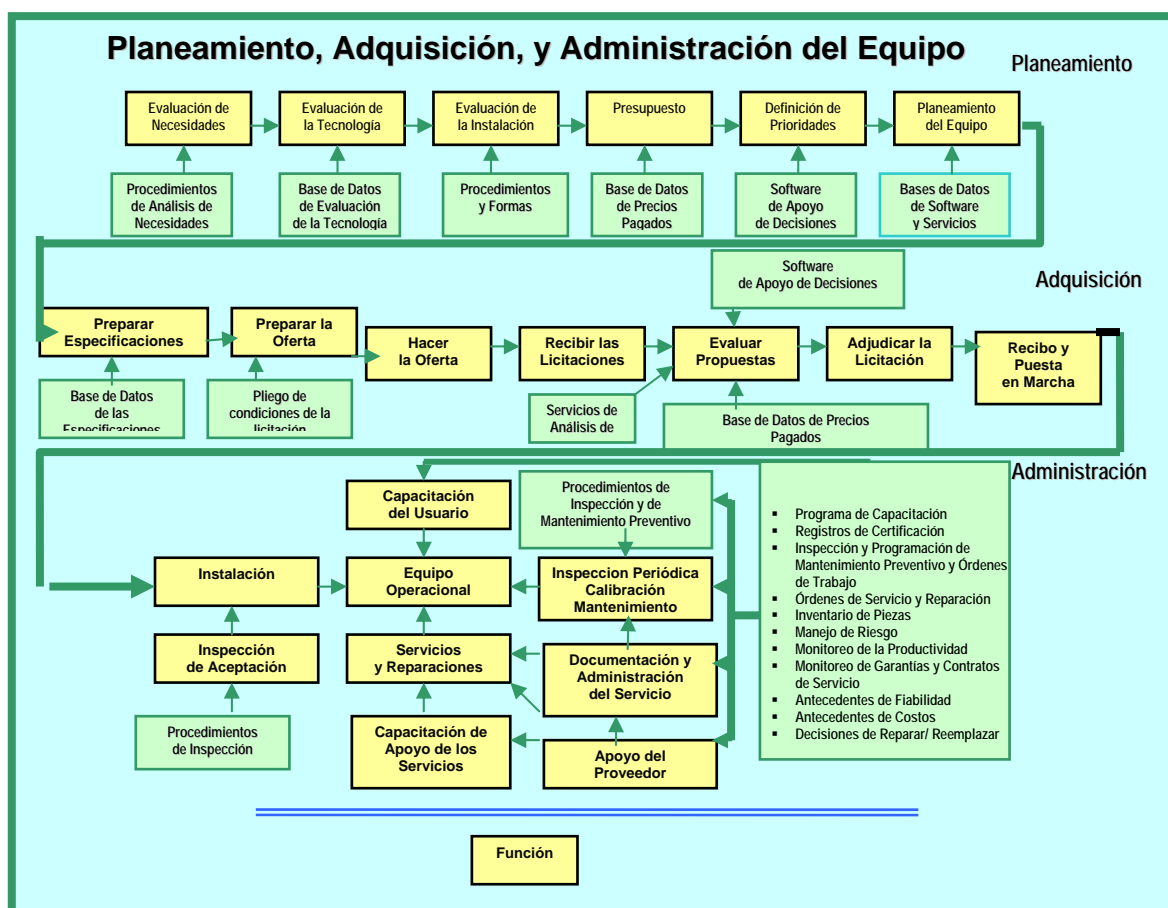
1. Planificación de TS
2. Adquisición de TS
3. Administración de TS

Proceso	Definición	Subprocesos
<b>Planificación de TS</b>	Proceso en el que se identifican y prioriza la tecnología en salud que se requiere en base a necesidades y evaluación de la tecnología previa a su adquisición	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación de necesidades de TS</li> <li>▪ Evaluación de TS</li> <li>▪ Definición de prioridades de TS</li> <li>▪ Elaboración de estudios de preinversión según la complejidad y costo de la TS.</li> <li>▪ Estandarización de procesos y procedimientos en el hospital.</li> </ul>

Proceso	Definición	Subprocesos
<b>Adquisición de TS</b>	Proceso en el que se obtiene o consigue la tecnología en salud definida como prioritaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procesos de adquisición</li> <li>▪ Implementación de procesos y procedimientos en el hospital.</li> </ul>

Proceso	Definición	Subprocesos
Administración de TS	Proceso en el que se realiza el control operativo de la tecnología en salud que se ha adquirido y su evaluación de uso para optimización reposición o retiro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementación de programas de mantenimiento de TS.</li> <li>▪ Monitoreo y vigilancia de la utilización y rendimiento de la TS.</li> <li>▪ Evaluación y mejora continua de procesos.</li> <li>▪ Actualización de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos.</li> <li>▪ Retiro/Reposición de servicio de TS.</li> </ul>

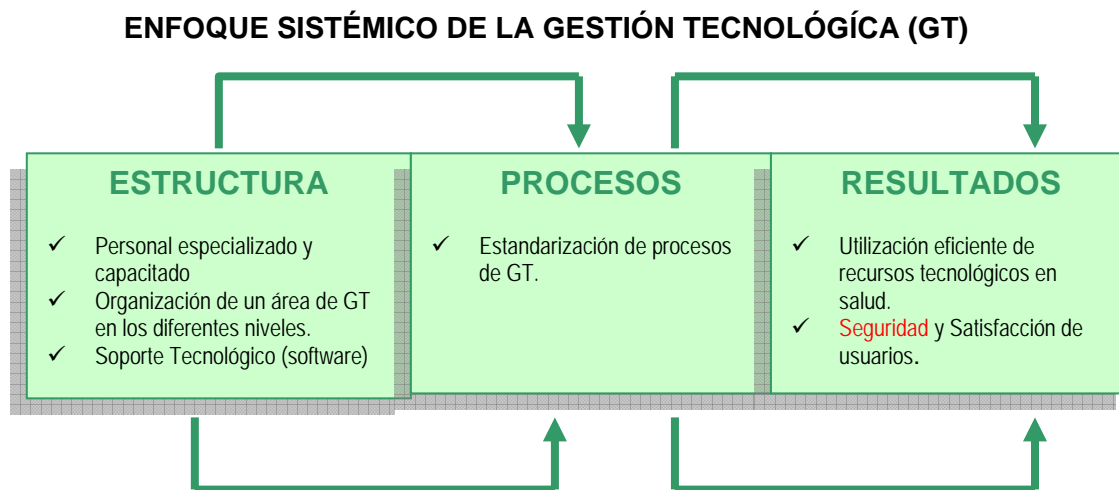
En el siguiente gráfico se muestran los tres procesos de gestión de recursos tecnológicos en relación a TS como equipos médicos.



Dentro de la gestión de tecnologías en salud destaca el tema de la evaluación de tecnologías en salud, que se define como un proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social. Evaluar una TS permite presentar información sobre alternativas para los gestores, los clínicos, los financiadores y aseguradores, los administradores, decisores políticos y los usuarios de servicios de salud, proporcionando elementos que orientan a la toma de decisiones, que dan lugar a los diferentes niveles de ETS,

cuyos resultados se dirigen a los tres niveles de gestión macrogestión, mesogestión y microgestión, así mismo una tecnología en salud puede ser evaluada en cualquiera de las fases del ciclo de vida de la misma.

La gestión tecnológica abordada con un enfoque sistémico, considera los siguientes elementos como necesarios en relación a insumos-recursos, procesos y resultados.



## VIII.4.2 PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

### VIII.4.2.1 Proceso de Implementación de un Sistema de Gestión Tecnológica

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- ❑ Se tiene definido el Sistema Nacional de Gestión Tecnológica, el cual regula y estandariza los procesos de planeamiento, adquisición y administración de las tecnologías en salud.
- ❑ Se elabora el Plan de Gestión Tecnológica en Salud en el marco del Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria quinquenal.
- ❑ Se implementa el Sistema Nacional de Gestión Tecnológica articulado y descentralizado.
- ❑ Se organiza una Unidad especializada para la gestión del Sistema Nacional de Gestión Tecnológica, en dicha unidad se establece un área funcional de Evaluación de Tecnología en Salud (ETS).
- ❑ Se desarrollan softwares y otros instrumentos para el soporte de los procesos de gestión tecnológica.
- ❑ Se desarrolla el programa de asistencia técnica en gestión tecnológica para los niveles Regionales.

#### Macrogestión: Nivel Regional

- ❑ Se cuenta con capacidad gerencial para la conducción de los procesos de gestión tecnológica.
- ❑ Se ha implementado y se controla el funcionamiento del Sistema Nacional de Gestión Tecnológica en los Hospitales y se hace cumplir la regulación nacional.
- ❑ Se han establecido alianzas estratégicas con universidades y otros para el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el desarrollo de procesos de gestión tecnológica en hospitales y para la asistencia en gestión tecnológica.
- ❑ Se promueve el reordenamiento de recurso humano capacitado en gestión tecnológica.
- ❑ La Región cuenta con un equipo de recursos humanos de ingeniería clínica interhospitalario, que actúa en los hospitales de una Región o Macro Región según las necesidades, brindando asistencia técnica, capacitación, gestión y soporte tecnológico.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ El hospital se organiza para la implementación apropiada del Sistema Nacional de Gestión Tecnológica, desarrollando los procesos de planeamiento, adquisición y administración de tecnologías en salud, de acuerdo a la regulación nacional.
- ❑ Se tiene establecida una estructura orgánica funcional para la Gestión Tecnológica en el hospital. (Modificación de ROF, MOF, CAP, MAPRO, PAP).
- ❑ Se cuenta con personal calificado con competencia para conducir y ejecutar los procesos del sistema de gestión tecnológica en el hospital.
- ❑ Se aplican softwares y otros instrumentos para el soporte de los procesos de gestión tecnológica.

### **VIII.4.2.2 Proceso de Fortalecimiento de la Gestión de Proyectos de Inversión en Hospitales**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se impulsa intervenciones para acortar el tiempo del ciclo de los proyectos hospitalarios (análisis y mejora del proceso del ciclo de proyectos de inversión pública)
  - Se promueve la incorporación de profesionales capacitados en la formulación de proyectos de inversión en el equipo mínimo de salud en las Regiones e Institutos Nacionales.
  - Se elaboran e implementan Normas y Guías Técnicas, que permita la formulación y evaluación de los estudios de pre inversión.
  - Se brinda asistencia técnica a las Regiones en la formulación y evaluación de estudios de preinversión.
- ❑ Se desarrollan programas de capacitación especializada en Proyectos de Inversión para el nivel Regional y hospitalario.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se tiene conformados equipos especializados interhospitalarios que den asistencia técnica en la formulación de Proyectos de Inversión (que son resultado de la planificación previa), y de supervisión de ejecución de proyectos de inversión. que actúan en varios hospitales de una Región o Macroregión según las necesidades.
- ❑ Se promueve la incorporación de profesionales capacitados en la formulación de proyectos de inversión en el equipo mínimo de salud de los hospitales de tercer nivel de atención.
- ❑ Los responsables de la Unidades de Proyectos de Inversión de Salud (UPIS) cuenta con personal calificado.
- ❑ Se implementan cursos de capacitación especializada en Proyectos de Inversión.
- ❑ Se cuenta con una cartera de proyectos a nivel de cada DIRESA/DISA. como resultado de un proceso de planificación concertada con el Nivel Nacional.
- ❑ Se realizan las gestiones a nivel de Gobierno Regional para la incorporación de proyectos de inversión en salud en el presupuesto regional.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Los establecimientos de salud del tercer nivel de atención, cuentan con equipos especializados formuladores de proyectos de inversión y de supervisión de ejecución de proyectos de inversión.



### **VIII.4.2.3 Procesos de Recuperación y Mantenimiento de Capacidad Instalada en Infraestructura y Equipamiento Hospitalario**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se ha planificado la Red Hospitalaria en el país, lo que permite una inversión acorde a un crecimiento futuro de los establecimientos de salud, según nivel de resolución: cumplimiento del Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria (PMDRH).
- ❑ Se establecen las políticas nacionales para la el mantenimiento de la infraestructura física y equipamiento de los establecimientos de salud, en las que el mantenimiento se define como orientado al riesgo.
- ❑ Se cuenta con Documentos Normativos para la renovación de instalaciones hospitalarias y rehabilitación de infraestructura.
- ❑ Estandarizar el procedimiento de reposición o reemplazo de equipos.
- ❑ Se prioriza, a nivel interinstitucional, el saneamiento físico-legal regional y nacional.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se cuenta con un catastro de infraestructura y equipamiento hospitalario actualizado, que permita realizar planes maestros (PMDRHR) sobre inversiones para ampliaciones, acondicionamiento, remodelaciones, construcciones, equipamiento y mantenimiento para recuperar y/o mantener capacidad instalada en áreas críticas de los hospitales y otras áreas según necesidades priorizadas.
- ❑ Se cuenta con estudios de vulnerabilidad y se han incorporado en proyectos de inversión las soluciones para todos los hospitales del ámbito Regional.
- ❑ Se supervisa que los hospitales sean construidos y mantenidos, minimizando los riesgos de desastres y cumplan con la condición de hospital seguro (OPS- INDECI).
- ❑ Se supervisa el cumplimiento del procedimiento para la reposición o reemplazo de equipos.
- ❑ Se supervisa el cumplimiento de la normativa para la renovación de instalaciones hospitalarias y rehabilitación de infraestructura.
- ❑ Se cuenta con el saneamiento físico legal de todos los hospitales del ámbito.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se tiene incluido en el Plan Maestro de Desarrollo del Hospital PMDH acciones de corto y mediano plazo para recuperar capacidad instalada en áreas críticas del hospital y otras, según necesidades priorizadas.
- ❑ Se cumple con la condición de hospital seguro (OPS- INDECI).
- ❑ Se cuenta con el inventario funcional de equipos en el hospital y hoja de vida de cada equipo interconectado en una base de datos regional y nacional.
- ❑ Se considera en el Presupuesto Anual los componentes para el Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Electromecánicos e Instalaciones. Así como el componente para el mantenimiento de infraestructura, considerando todas las partidas específicas incluyendo la partida por reemplazo: Mantenimiento de Infraestructura, Mantenimiento y Reparación de Equipos.
- ❑ Se cumple con los procedimientos existentes para la racionalización y reemplazo de equipos.
- ❑ Se cumple con la normativa para la renovación de instalaciones hospitalarias y rehabilitación de infraestructura

## VIII.5 GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

### VIII.5.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

Un sistema de información es un conjunto de elementos ordenados e interrelacionados orientados a la captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

La gestión de los sistemas de información en hospitales y servicios de salud se sitúa como uno de los centros intermedios de apoyo a la producción a través del apoyo a la operación y el manejo de establecimientos y redes asistenciales. Dicha gestión tiene entonces como uso prioritario a todos aquellos que utilizan información para manejar y hacer producir a los hospitales y servicios de salud.

El proceso productivo de información tiene cuatro aspectos críticos que funcionan como fases retroalimentadas: recolección de datos, flujo o transmisión de datos, procesamiento y análisis. La gestión de la información se relaciona con el manejo de recursos y procesos y con las reglas institucionales a través de todo el proceso de producción y del flujo de información. Con los cambios que se producen en el contexto de la gestión en los procesos de cambio, los sistemas de información deben tener la capacidad de capturar y entregar datos en el punto de servicio, apoyar la utilización y el intercambio de información clínica y administrativa concurrente y de distintos centros, respaldar la manipulación intensiva de datos, y proporcionar medios para respaldar la toma de decisiones sincrónica.

Los elementos que conforman un sistema de información son:

- Procesos, que definen el marco de las actividades realizadas y la información necesaria para la realización de cada actividad del proceso.
- Personas, que se ejecutan las actividades de los procesos en el día a día y/o interactúan de manera directa e indirecta en la captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de la información
- Flujos de información, que permiten identificar como se interrelacionan la información que manejan las personas con las actividades de los procesos y los mecanismos de calidad de información
- Datos, que corresponde a la unidad mínima cuantitativa o cualitativa que se obtiene durante un proceso y que se almacena en el tiempo.
- Técnicas, que permiten definir las mejores prácticas para la realización de las actividades relacionadas con la información.
- Herramientas, que pueden ser manuales o automatizadas y sirven de soporte para facilitar las actividades de captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de información.

### COMPONENTES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Los componentes del Sistema de Información en Salud son:

- Sistema de Información Clínica.
- Sistema de Información Administrativa.
- Sistema de Información de Recursos Humanos.
- Sistema de Información de Infraestructura y Recursos Tecnológicos.
- Sistema de Información Financiera.
- Sistema de Información de Gestión.

*(FALTA COMPLETAR)*

## **VIII.5.2 PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

### **VIII.5.2.1 Planeamiento del Sistema de Información**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se planea, desarrolla y certifican los sistemas de información que dan soporte a los procesos en los hospitales.
- ❑ Se desarrollan normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación que regulan la integración de sistemas informáticos a nivel nacional.
- ❑ Se organiza y asesora el desarrollo conjunto de proyectos sobre Sistemas de Información para hospitales.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se desarrolla la Identificación de estándares de datos en salud para la integración de sistemas de información.
- ❑ Se supervisa la implementación de normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación que regulan la integración de sistemas informáticos a nivel regional.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se cuenta con diagnóstico de los sistemas de información en forma periódica (anual)
- ❑ Se adoptan normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación en concordancia con la definidas por el nivel nacional, las mismas que son empleadas en la implementación de los sistemas de información
- ❑ Se adoptan la Identificación Estándar de Datos en Salud definidos por el nivel nacional en los sistemas de información locales.
- ❑ Participan en el desarrollo conjunto de proyectos de sistemas de información para hospitales.

#### **Microgestión: Nivel UPS**

- ❑ Se evalúan los sistemas de información existentes y se generan requerimientos de mejora.
- ❑ Se plantean nuevas necesidades de sistematización de procesos, se establece su impacto y prioridad.
- ❑ Realiza Trabajo conjunto entre las unidades de estadística de los hospitales con los establecimientos de sus redes.
- ❑ Se mantienen operativas mesas de trabajo para evaluar la consistencia de información.

### **VIII.5.2.2 Proceso de Implementación de Sistemas de Información**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con un glosario de términos concordado con todo el sistema de salud.
- ❑ Se planea y coordina la implementación de sistemas de información en Hospitales a nivel nacional.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se planea y coordina la implementación de sistemas de información en Hospitales a nivel regional.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se cuenta con los recursos tecnológicos necesarios para soportar los sistemas de información que requieren ser automatizados.
- ❑ Se cuenta con planes de mantenimiento preventivo y mecanismos que garanticen la sostenibilidad de los equipos e instalaciones.
- ❑ Se cuenta con sistemas de información seguros y confiables soportando los principales procesos, y la toma de decisiones bien informadas.

### **Microgestión: Nivel UPS**

- ❑ El personal hace un correcto uso de los recursos y servicios informáticos.
- ❑ Las UPS contribuyen a la implementación y consolidación de los sistemas de información y servicios informáticos.
- ❑ El personal vela por la calidad en el registro de datos.

## **VIII.5.2.3 Proceso de Capacitación y Cultura de Información**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con programas de capacitación dirigidos a la oferta en el uso y manejo de la información.
- ❑ Se cuenta con programas de educación en el uso de la información, dirigidos a la demanda.
- ❑ Se desarrollan y mantienen políticas y normas que reconocen a la información en salud como recurso estratégico.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se implementa los programas de capacitación dirigidos a la oferta en el uso y manejo de la información.
- ❑ Se implementa los programas de educación en el uso de la información, dirigidos a la demanda.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se promueve permanentemente la cultura de información.
- ❑ Se incentiva la capacitación en temas de cultura de información dirigidos al personal.
- ❑ Se difunden normas y políticas sobre los recursos de información.

### **Microgestión: Nivel UPS**

- ❑ Se promueve a la información como un recurso estratégico.
- ❑ Se cuenta con recursos humanos con el nivel de competencias requeridas para un correcto uso de los sistemas de información.

## **VIII.5.2.4 Proceso de Supervisión de Sistemas de Información**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se elaboran normas que regulen las acciones de supervisión y los mecanismos y técnicas a utilizar en este proceso.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se difunde y capacita al personal en el proceso de supervisión de sistemas de información.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se aplican los procedimientos de supervisión en las UPS
- ❑ Se elaboran los mecanismos de monitoreo periódico alineados con las normas que regulan las acciones de supervisión.
- ❑ Se informa al nivel macro sobre los resultados de la supervisión.

### **Microgestión: Nivel UPS**

- ❑ Se hace uso de los mecanismos y técnicas necesarios para la supervisión de las actividades.
- ❑ Se monitorea de manera permanente el correcto funcionamiento del sistema de información.

## **VIII. 5.2.5 Proceso de Producción, Distribución y Uso de la Información**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se mantienen políticas y mecanismos para garantizar calidad, oportunidad y seguridad de la información.
- ❑ Se cuenta con tablero de control de mando por niveles.
- ❑ Se definen políticas y estrategias en base en los sistemas de información.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se desarrollan planes de capacitación presenciales y a distancia en el uso de los sistemas de información.
- ❑ Se implementan los mecanismos para garantizar calidad, oportunidad y seguridad de la información.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se implementan mecanismos para garantizar la calidad, oportunidad y seguridad de la información.
- ❑ Se intercambia información con el nivel regional y nacional, de manera natural y eficiente.
- ❑ Se vigilan las acciones del hospital a través de un tablero de control.
- ❑ Se produce información según demanda priorizada para la toma de decisiones.

### **Microgestión: Nivel UPS**

- ❑ Se cumplen las normas de aseguramiento de calidad, oportunidad y seguridad de la información.
- ❑ Se capacita al personal en el correcto uso y explotación de los sistemas de información.
- ❑ Los sistemas de información permiten realizar análisis estadísticos para impulsar la descentralización y la investigación.
- ❑ La unidad de estadística de hospitales apoyan a la red en la elaboración de investigaciones.
- ❑ Se cuenta con mesas de trabajo para el análisis de información conjunta entre las unidades de estadística y los equipos de gestión.

## VIII.6 INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

### VIII.6.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La investigación en salud es inherente al trabajo de los profesionales del sector salud. La investigación debe realizarse en todos los Establecimientos de Salud según la pertinencia y el nivel de complejidad, acorde a la realidad local, regional y nacional y bajo la coordinación de la Autoridad Sanitaria Local, Autoridad Sanitaria Regional y Autoridad Sanitaria Nacional.

La Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) definirá la investigación según prioridades sanitarias. Las prioridades sanitarias deben incluir:

- Compromisos país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Acuerdo Nacional:
  1. Pobreza.
  2. Desnutrición Infantil.
  3. Mortalidad Materna.
  4. Mortalidad Infantil.
  5. Enfermedades No Transmisibles.
  6. Tuberculosis, VIH y SIDA, Malaria.
  7. Violencia.
  
- A nivel de los establecimientos de salud:
  1. Calidad en la atención del paciente.
  2. Docencia y educación en salud.
  3. En Investigación en función al perfil epidemiológico y demográfico (enfermedades prevalentes y enfermedades de impacto social).
  4. Atenciones preventivo promocionales, recuperativas y de rehabilitación altamente costo efectivas.
  5. Gestión de servicios de salud (incluye la gestión asistencial y gestión administrativa, y de desarrollo tecnológico).
  6. Costos de servicios de salud.
  7. Desempeño de establecimientos de salud y rendición de cuentas.

El Ministerio de Salud en coordinación con las Universidades y las instituciones involucradas en la educación de pre grado y post grado en salud, así como las empresas públicas y privadas deberán comprometerse a fomentar la investigación en salud; las instituciones con las que se debe realizar las coordinaciones son:

- Asamblea Nacional de Rectores.
- CONAREME, CONAPRES.
- ASPEFAM.
- Sociedad de Empresas locales, regionales, nacionales.

Las Universidades que cuentan con Facultades en salud y afines deben incorporar en sus planes de estudios cursos de investigación y fomentar la investigación desde los primeros años de estudio, siendo cursos de creditaje obligatorio.

Se debe incentivar a los estudiantes de pre grado de las áreas de salud a realizar investigación desde los primeros años, acorde a los niveles pertinentes y correspondientes.

El Ministerio de Salud deberá normar los procesos de investigación en salud. La Autoridad Sanitaria Nacional deberá establecer estándares de docencia a nivel de los hospitales, acorde a la capacidad instalada del establecimiento, que incluyen:

- Número de vacantes para externado, internado y residentado.
- Número de alumnos de pre grado.
- Docentes por grupos de alumnos.
- Provisión de material para el adecuado trabajo:
  - Uniformes.
  - Lentes.
  - Guantes.
  - Insumos para el trabajo del día a día.
  
- Capacitación en bioseguridad.
- Alimentación adecuada a nivel de los hospitales de los externos, internos, residentes.
- La Autoridad Sanitaria Nacional establece las necesidades de formación de profesionales en salud, acorde al censo de profesionales a nivel local, regional y nacional y al perfil epidemiológico y demográfico del país.
- La Autoridad Sanitaria Nacional conjuntamente con las Universidades formadoras de profesionales en salud y las instituciones involucradas en la docencia de pre y post grado en salud revisan y definen el Plan de Estudios acorde a las prioridades sanitarias y el perfil de profesionales y no profesionales que requiere el país en este sector.
- Implementación de políticas de investigación a nivel del sector.
- Implementación de políticas de docencia a nivel del sector.
- Implementación de sistemas de información gerencial mediante los tableros estratégicos de gestión en investigación y docencia a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.
- Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades Funcionales de Docencia e Investigación a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.
- Definición de política de remuneración del médico residente.
- La docencia en pre grado y post grado cumplen con estándares de calidad de atención a los pacientes y usuarios externos del establecimiento de salud.
- Los docentes e investigadores son del establecimiento de salud y su compromiso es con los alumnos de pre y post grado de las áreas de salud del establecimiento de salud.

*(FALTA ACTUALIZAR)*

## **VIII.6.2 PROCESOS DEL COMPONENTE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

### **VIII.6.2.1 Proceso de Regulación del Campo Clínico Hospitalario**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con la Directiva que regula el campo clínico hospitalario en el marco de lo establecido en el D.S. 021-2005-SA SINAPRES y su respectivo reglamento.
- ❑ Se ha elaborado una política de investigación y docencia de largo plazo enmarcada en los compromisos con las prioridades sanitarias, deuda sanitaria y el perfil de los profesionales en salud.
- ❑ Se implementan políticas de investigación a nivel del sector.
- ❑ Se implementan políticas de docencia a nivel del sector.
- ❑ Se han implementado sistemas de información gerencial mediante los tableros estratégicos de gestión en investigación y docencia a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.
- ❑ Se realiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades Funcionales de Docencia e Investigación a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ El Comité Regional de Pregrado en Salud promueve la implementación y controla la aplicación de la Directiva que regula el campo clínico hospitalario.
- ❑ Se Implementa y adapta la política de investigación y docencia de largo plazo establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional acorde a la realidad regional y enmarcada en los compromisos con las prioridades sanitarias, deuda sanitaria y el perfil de los profesionales en salud.
- ❑ Se Implementan políticas de investigación a nivel regional.
- ❑ Se Implementan de políticas de docencia a nivel regional.
- ❑ Se ha implementado el sistema de información gerencial mediante el tablero estratégico de gestión en investigación y docencia a nivel regional que responda a los objetivos institucionales y del sector.
- ❑ Se Garantiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades Funcionales de Docencia e Investigación a nivel regional.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ El Hospital cuenta con campos clínicos acreditados.
- ❑ Se ha implementado la Directiva que regula el campo clínico hospitalario.
- ❑ Se realiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades de Docencia e Investigación en los establecimientos de salud acorde a complejidad.
- ❑ Se ha Reformulado el Manual de Organización y Funciones (MOF).
- ❑ Se Implementaron los Comités de Docencia e Investigación.
- ❑ Se implementaron los reglamentos de investigación.
- ❑ Se Implementan los reglamentos de docencia.
- ❑ Se ha Implementado un Comité de Ética para Docencia e Investigación.
- ❑ Se ha Implementado un Reglamento para realizar investigaciones en salud, en donde se especifican la responsabilidad de los investigadores en salud.
- ❑ Realiza Capacitación a investigadores.
- ❑ Garantiza el beneficio del año sabático para los profesionales de la salud.
- ❑ Garantiza el presupuesto para investigación y docencia.
- ❑ Realiza convenios marco con instituciones que puedan financiar investigaciones.
- ❑ Cuenta con una línea de base de investigaciones en salud.



## VIII.7 FINANCIAMIENTO Y MECANISMOS DE PAGO

### VIII.7.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

#### FINANCIAMIENTO

Los recursos financieros que se asignan a salud, la forma de obtenerlos, las prioridades a las que se asignan y la forma como se entregan a los prestadores y la población, deben ser consistentes con la política de salud y favorecer el logro de estos objetivos más globales. El financiamiento de la salud no se justifica en sí mismo, sino solamente como medio para lograr fines superiores, establecidos y gobernados por la política general de salud. Los esquemas de financiamiento en un sistema de salud se relacionan con los modelos de atención y gestión en los establecimientos de salud, por un lado si no guardan coherencia con las políticas de salud, pueden convertirse en distorsionadores de estos modelos y por el contrario si existe dicha coherencia, pueden ser un potente modulador positivo de los mismos.

El financiamiento a nivel de un hospital se define como la determinación y consecución de los recursos para que pueda prestar atención de salud a los ciudadanos, el principal objetivo de cualquier alternativa de financiamiento en el hospital debe ser cubrir los gastos operativos y de inversión, permitiendo el logro de su misión pública.

El financiamiento en los hospitales tendrá como objetivo aumentar el acceso universal a una atención de salud de calidad para la población y que el gasto sanitario tenga mayor efectividad social y eficiencia posibles. Para alcanzar razones de costo-efectividad hospitalarias adecuadas, es fundamental definir políticas de salud claras con mecanismos de asignación y gasto transparente, de modo que se puedan dirigir objetivos e incentivos hacia la mayor equidad social y calidad de los servicios.

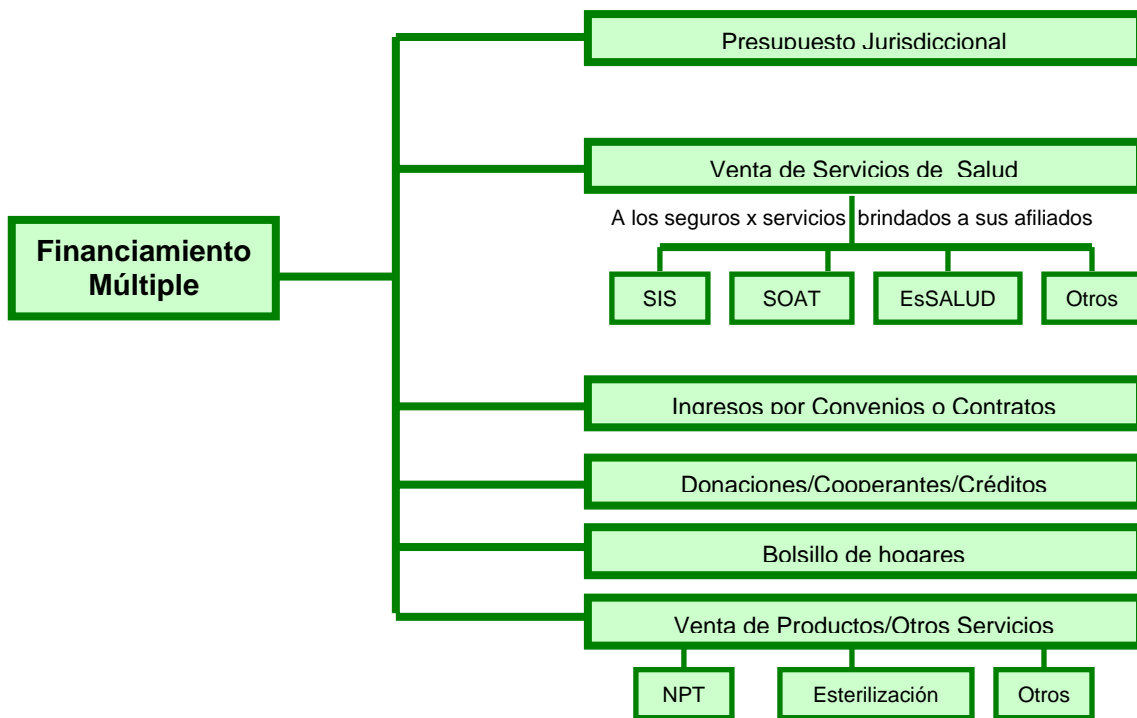
De esta manera las alternativas de financiamiento en el hospital tienen como finalidad:

- Aumentar la efectividad global del hospital (reorientando sus acciones hacia las demandas reales o potenciales de la población en el contexto de red de servicios de salud).
- Aumentar la eficiencia global del hospital (dejando de financiar recursos ociosos o subempleados).
- Promover la provisión de servicios con estándares mínimos de calidad.

Las fuentes de financiamiento tendrán una tendencia a modificarse buscando prescindir del criterio de financiamiento con base histórica a uno vinculado con actividad, así mismo las relaciones del hospital con sus financiadores se modifican en dos aspectos:

- Los financiadores en un mismo hospital tienden a diversificarse (un hospital factura por servicios a diferentes seguros SIS, SOAT, lo cual exige establecer sistemas de facturación oportunos y fiables).
- Las negociaciones con los financiadores tienden a ser prospectivas y basarse en indicadores de actividad esperables para un siguiente periodo (se deben disponer de sistemas que permitan medir la actividad de las diferentes unidades productoras de servicios de salud e imputar costos a dichas actividades).

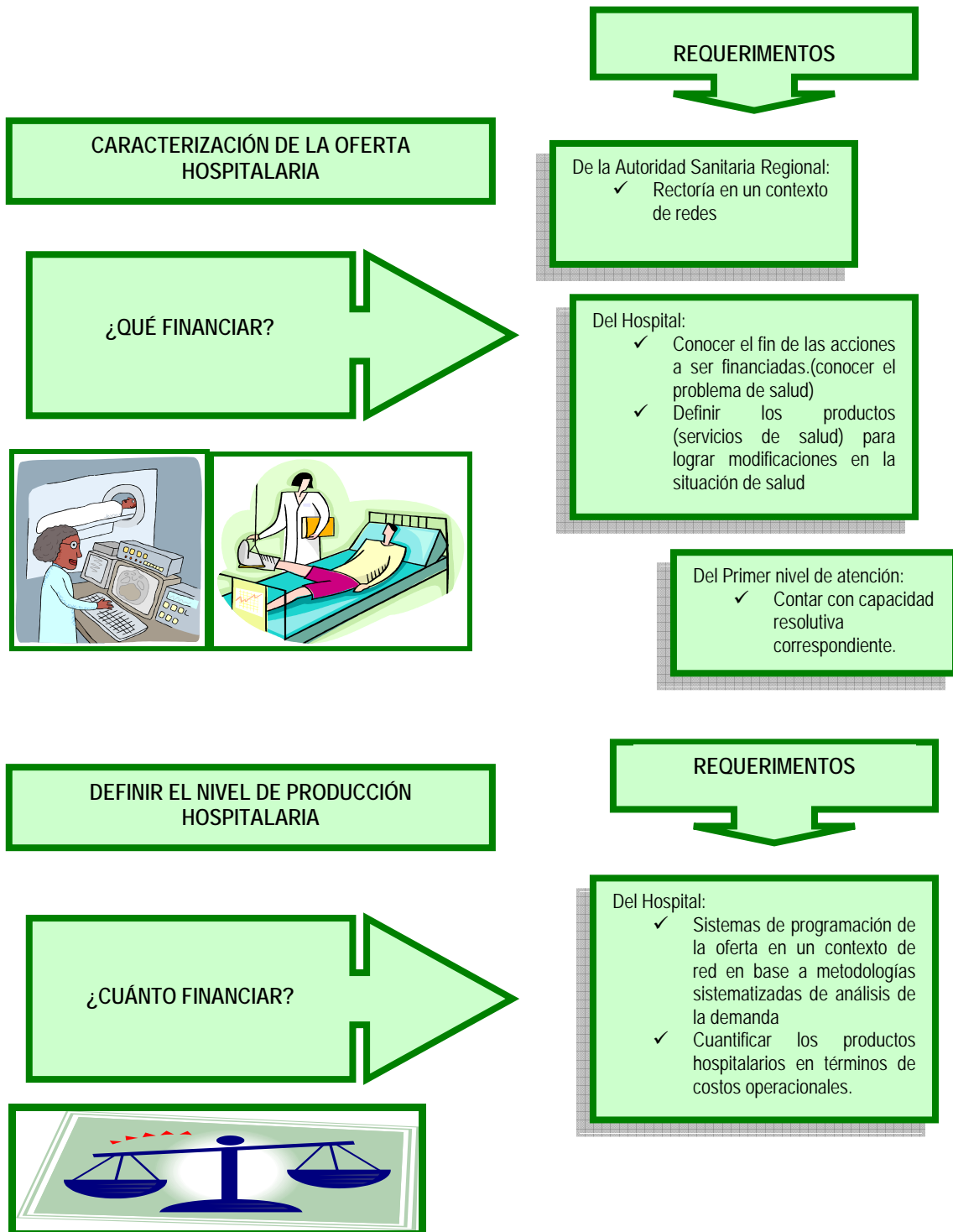
## FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN EL HOSPITAL



La racionalidad del financiamiento en el hospital involucra dos elementos básicos:

- a) Caracterización de la oferta hospitalaria -¿Qué se va a financiar?- , es decir definir la naturaleza de la cobertura, para lo cual el hospital debe determinar el fin último de las acciones que se emprenderían con el financiamiento, por lo que necesita definir las características del problema de salud y cuales son los productos (servicios de salud) que se requieren para lograr determinados cambios en la situación de salud en el contexto de red. El conflicto desde el punto de vista del financiamiento es el hecho de que la dotación de recursos financieros no se corresponde muchas veces con la función del hospital en la red de servicios de salud, es decir se asignan recursos para una función de segundo o tercer nivel de atención, pero en la realidad, muchas veces, el hospital los usa para actividades de primer nivel (que pueden ser asumidos por establecimientos de salud de primer nivel a un costo mucho menor).
- b) Definir el nivel de producción hospitalaria -¿Cuál es la mejor dotación y combinación de recursos para generar los productos necesarios que se esperan del hospital en un contexto de red?-, es decir la cuantificación de la cobertura, para definir esto se requiere determinar el volumen, tipo y combinación de recursos, por consiguiente el nivel de financiamiento requerido.

## PREMISAS BÁSICAS DEL FINANCIAMIENTO EN EL HOSPITAL



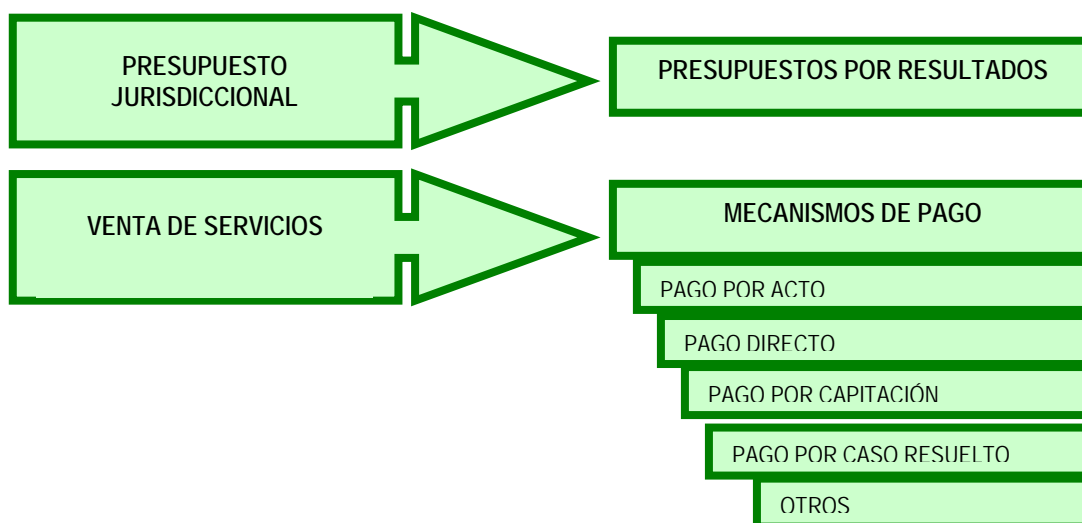
Para llegar a este nivel, es necesario que en el hospital se desarrollen elementos de cambio positivos:

### ELEMENTOS DE CAMBIO EN EL HOSPITAL

Situación Negativa	Situación Positiva
1. Hospital reactivo conforman sus recursos en torno a patrones históricos de la demanda.	1. Hospital proactivo conforman sus recursos en torno a necesidades de la demanda en un contexto de red.
2. Sistemas de programación de la oferta frágiles por carencias metodológicas para analizar la demanda.	2. Sistemas de programación de la oferta en base a metodologías sistematizadas.
3. Débiles y poco estructuradas, relaciones del hospital y otros establecimientos de salud de la red.	3. Relaciones estructuradas del hospital con los otros establecimientos de salud de la red, definiendo funciones.
4. Financiamiento de la oferta.	4. Tendencia al financiamiento de la demanda, financiamiento en relación al usuario y no al establecimiento de salud.
5. Inexistencia de imputación de costos a productos o líneas de servicios.	5. Sistemas de costos que destacan la eficiencia y se insertan en la evolución del hospital hacia un modelo de gestión.
6. Restricciones de los marcos jurídico-institucionales para adecuar con flexibilidad sus recursos productivos.	6. Flexibilidad en los marcos jurídico-institucionales de los hospitales para óptima readecuación de los recursos productivos.

Así mismo para que el componente de financiamiento hospitalario sea racional, es necesario definir los instrumentos para transferir recursos financieros a los hospitales, la combinación de instrumentos tiende a ser más eficiente para alcanzar los objetivos y misión pública del hospital

### INSTRUMENTOS DE FINANCIAMIENTO EN EL HOSPITAL



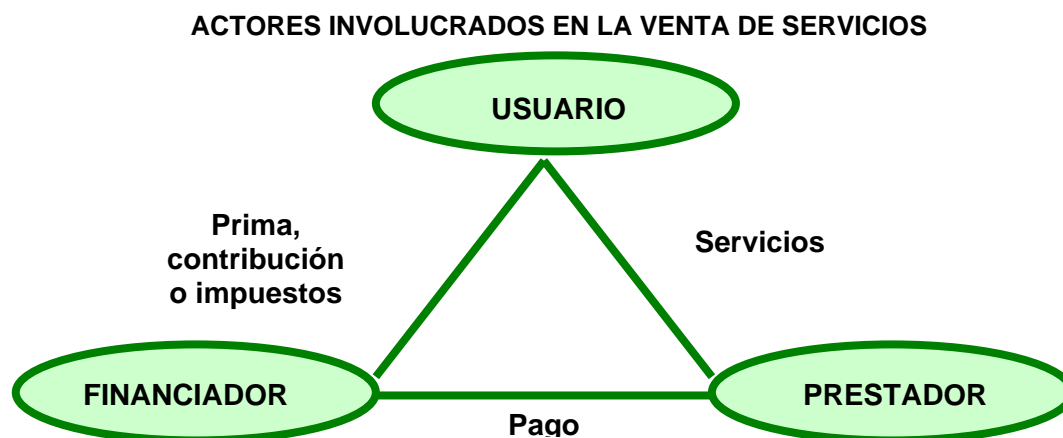
El presupuesto por resultados es el instrumento metodológico más razonable a implementar para lograr la misión pública del hospital. El presupuesto por resultados (outputs) o denominado presupuesto global, a partir del cual se establece un contrato entre el financiador y el hospital para el cumplimiento de determinadas metas de producción preestablecidas, en contrapartida el financiador jurisdiccional transfiere al hospital un monto global de recursos y delega al mismo la autonomía para ejecutarlos con flexibilidad.

Dentro de este esquema, la elaboración del presupuesto por resultados por el hospital requiere la medición del producto hospitalario en términos económicos con el fin de estimar necesidades de financiamiento del gasto sobre la base del producto programado, es decir por resultados; este enfoque prospectivo, con compromiso sobre la producción proyectada, es una estrategia que permite la evaluación y programación en el hospital con criterios económicos.

### MECANISMOS DE PAGO

En relación a los mecanismos de pago, éstos son instrumentos de reembolso por servicios de salud prestados, los cuales son establecidos por el financiador en coordinación con el hospital. La transferencia de fondos implica el concurso de diferentes actores:

- Usuarios o Ciudadanos en salud, en realidad son los últimos financiadores del sistema de salud a través del pago de impuestos generales, pago al seguro social, primas de seguros o pago directo a proveedores.
- Financiador o intermediador financiero, actúa como agente de retención de fondos al usuario y paga al prestador.
- Prestador, es el proveedor de servicios institucional como el hospital.



Cada mecanismo de pago tiene ventajas y desventajas que los hace diferentes unos de otros y estos varían según el contexto en que se los utilice, éstas diferencias en gran medida explican el hecho que no exista prácticamente ningún sistema en el que exista un único mecanismo de pago, sino que por el contrario, puede advertirse la coexistencia de más de uno.

Entre los posibles mecanismos de pago se pueden diferenciar los siguientes:

- Pago por acto, el financiador reembolsa la prestación hospitalaria una vez que esta se ha realizado, sobre la base de los costos ocurridos.
- Pago directo, o pago de bolsillo, el usuario directamente paga al prestador.
- Pago por capitación, es aquel que tiene por unidad de pago la persona inscrita bajo la responsabilidad sanitaria de un proveedor, el pago se asigna por tarifa fijada por población.
- Pago por caso resuelto, es un pago por resultados implica considerar los diagnósticos tratados como productos finales o resultados, sustentado en sistemas de medición de

composición de los casos (*case-mix*), basado en un agrupamiento homogéneo de pacientes, de este modo la base de cálculo es el diagnóstico o patología. Un ejemplo de este es el pago por GRD o Grupos Relacionados con el Diagnóstico.

### MECANISMOS DE PAGO - VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Mecanismo de Pago	Ventajas	Desventajas
Pago por acto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumenta la producción</li> <li>▪ Simplicidad del cálculo del monto a pagar</li> <li>▪ Favorece la satisfacción del usuario, porque no se sacrifica calidad por costos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facilita la sobrestimación.</li> <li>▪ No contribuye a la contención de costos.</li> <li>▪ Requiere numerosos controles para su gestión.</li> <li>▪ Apunta a la atención de la enfermedad</li> </ul>
Pago por capitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsabilidad médica por la eficiencia.</li> <li>▪ Mayor continuidad en la atención, mayores acciones preventivas</li> <li>▪ Menor utilización de recursos</li> <li>▪ Gestión simple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede repercutir negativamente sobre la calidad, se da la mínima atención posible</li> <li>▪ Se excluye a los pacientes complicados o crónicos</li> </ul>
Pago por caso resuelto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentiva al prestador a llevar un control de costos</li> <li>▪ Facilita la auditoría médica y el control de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentan los tratamientos más complejos e invasivos</li> <li>▪ Requiere mayor desarrollo de los sistemas de información</li> </ul>

Otro elemento importante en el marco del componente de financiamiento en el hospital viene a ser los compromisos de gestión entre los financiadores públicos y los hospitales públicos, que incorporan la lógica del contrato y negociación entre partes y sustituye a la vieja lógica administrativa. Si la actividad a financiar se expresa no solo como cantidad, sino también en términos de calidad técnica y percibida mediante indicadores apropiados de logro, el financiamiento se convierte en un incentivo de efectividad, eficiencia y calidad. Así mismo, como una consecuencia, las relaciones internas en el hospital tienden a modificarse, porque a nivel de la meso gestión (gestión del hospital) se tendrá interés por establecer relación con las diferentes unidades productoras de servicios (micro gestión) usando la misma lógica, negociando la actividad esperable y ajustando los incentivos y los elementos disuasorios necesarios. Otro aporte trascendente de los compromisos de gestión, es que aumentan la cultura de la responsabilidad.

## VIII.7.2 PROCESOS DEL COMPONENTE FINANCIAMIENTO Y MECANISMOS DE PAGO

### VIII.7.2.1 Proceso de Regulación e Implementación del Financiamiento

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- Se ha implementado el Aseguramiento Universal por parte del Estado.
- Se ha aprobado la Ley de Aseguramiento Universal.
- Se han establecido estándares de categorización y acreditación a cumplir por los prestadores para brindar servicios de salud, los cuales serán utilizados para acceder a las diferentes fuentes de financiamiento y que contribuirán a una mayor competitividad en el sector.
- El Estado no subsidia la oferta hospitalaria sino la demanda, con un financiamiento en función a los resultados integrales obtenidos.
- Se establecen mecanismos para prevenir el subsidio cruzado.
- Se prioriza el financiamiento en la resolución de los daños e intervenciones sanitarias, de acuerdo a los listados de prestaciones, con criterios de eficiencia y eficacia.
- Se tiene definido un listado priorizado y un listado esencial de prestaciones.
- Se ha establecido el marco normativo de las Unidades de Seguros de los hospitales.
- Se ha establecido el marco normativo para el desarrollo del presupuesto por resultados.
- Se complementa el marco normativo sobre tarifas, estableciéndose un tarifario nacional referencial por nivel de atención.
- Se han establecido acuerdos de gestión entre el Nivel Nacional y el Nivel Regional.
- Se ha establecido el marco normativo para el uso de los RDR.

#### Macrogestión: Nivel Regional

- Se desarrollan acuerdos de gestión entre las Direcciones Regionales de Salud, financiadores y prestadores hospitalarios.
- Se cuenta con un Plan de Implementación de la Ley de Aseguramiento Universal.
- Se presta asistencia técnica para la elaboración de Presupuesto por Resultados en los Hospitales.
- Se presta asistencia técnica en la consolidación del funcionamiento de las Unidades de Seguros en los Hospitales.
- Se establecen Convenios de Prestaciones con EsSalud y otros.
- Se cuenta con base de datos de asegurados como estrategia para prevenir el subsidio cruzado.
- Se gestionan fuentes alternativas de financiamiento para hospitales de acuerdo a prioridades sanitarias y normativa vigente.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- Se transparentan todas las fuentes de financiamiento, con sus montos, la estructura de todos sus ingresos RO, RDR, donaciones y transferencias, cooperación externa y otras.
- Se diversifican fuentes alternativas de financiamiento en función de prioridades sanitarias y normatividad vigente.
- Se elabora Presupuesto por Resultados.
- Se aplican los lineamientos de política tarifaria vigente, garantizando la misma excelencia técnica, eficacia y oportunidad en la calidad de atención a sus usuarios, independientemente del financiamiento.
- Se implementa la metodología de costeo estándar.
- Se suscriben acuerdos de gestión entre la Dirección del Hospital y las Unidades Productoras de Servicios de Salud para la mejora de la calidad de atención.
- Se cuentan con Unidades de Seguro fortalecidas.
- Se implementa convenios de prestaciones y se utiliza base de datos de usuarios afiliados a seguros como estrategias para evitar el subsidio cruzado.

### **VIII.7.2.2 Proceso de Desarrollo de Mecanismos de Pago que Favorecen el Cumplimiento de la Misión del Hospital**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se fortalecen las capacidades institucionales para el apoyo técnico y vigilancia de la adecuada implementación y resultados de los mecanismos de pago adoptados.
- ❑ Se ha regulado y normado los procedimientos para el desarrollo de los diferentes mecanismos de pago a fin de potenciar sus ventajas y disminuir los riesgos de su aplicación.
- ❑ Se Establecen los procedimientos para el manejo de las enfermedades de alto costo, como criterio de negociación con los financiadores.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se implementa la normatividad y se fortalecen las capacidades institucionales para gestionar los diferentes mecanismos de pago.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se implementa la normatividad y se fortalecen las capacidades institucionales para gestionar los diferentes mecanismos de pago.
- ❑ Se incrementa el nivel de autonomía del hospital para la adecuada aplicación de los diferentes mecanismos de pago.
- ❑ En el hospital coexisten diferentes mecanismos de pago como:
  - Presupuesto por partida.
  - Presupuesto global.
  - Reembolso por atención prestada.
  - Pago directo.
  - Pago por caso específico.

Y otros mecanismos diferentes, en función a las peculiaridades de cada ámbito.

- ❑ Se ha mejorado la gestión económica financiera y sus procesos asociados con el uso de las herramientas disponibles.



## VIII.8 PLATAFORMA ORGANIZATIVA

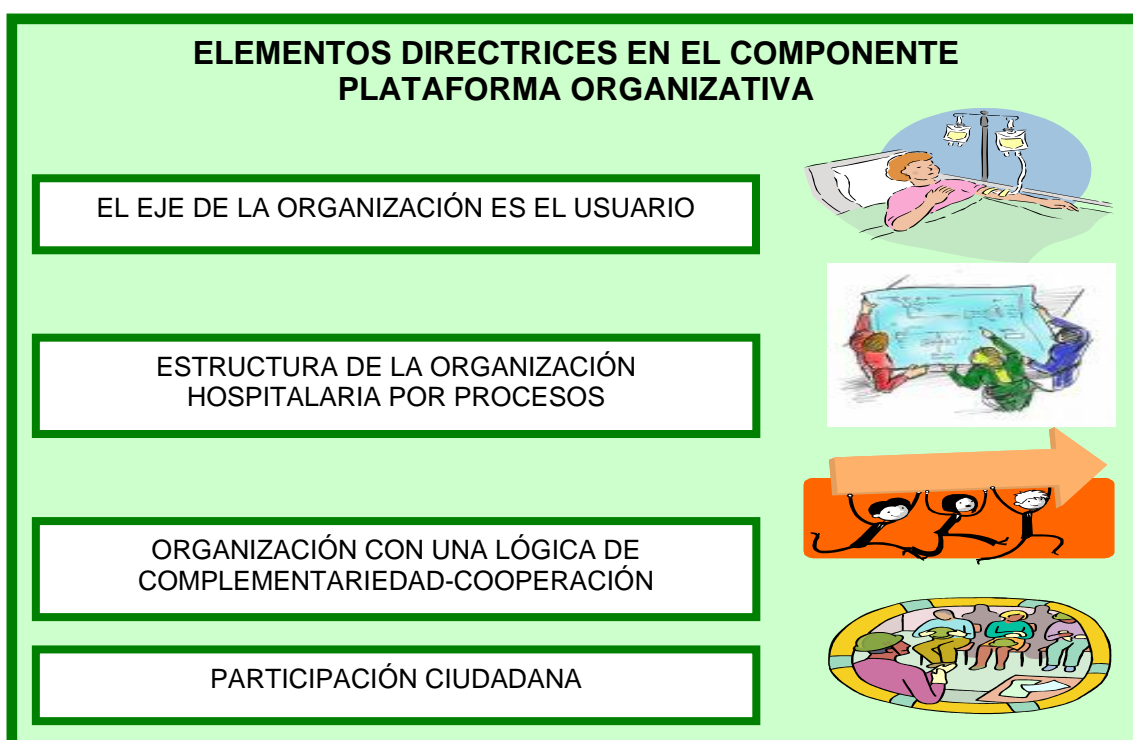
### VIII.8.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La organización es el proceso mediante el cual se estructuran los recursos humanos tecnológicos, financieros y materiales con el fin de alcanzar los objetivos establecidos, organizar implica por tanto, que los planes se conviertan en acciones, y la función de organizar da lugar a una estructura organizativa.

Los Modelos de atención de salud determinan la forma de organización de los sistemas de salud, en este sentido de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS - de nuestro país, corresponde organizar la prestación de servicios en los hospitales desde la persona, su familia y su entorno comunitario y como el MAIS se fundamenta en las necesidades de las personas, la organización del hospital debe ajustarse a las necesidades de los usuarios y no a la de los prestadores.

En este componente del Modelo de Gestión hospitalaria, Plataforma Organizativa, los elementos directrices considerados son las siguientes:

1. El eje de la organización es el usuario como centro dinamizador del quehacer hospitalario.
2. La organización hospitalaria con una estructura cuyo núcleo es la organización por procesos de producción considerando la situación del paciente pudiendo utilizarse el enfoque matricial u otros cuando estos favorezcan el mejor resultado para los usuarios en un contexto del uso racional de los recursos, siendo el elemento vertebrador de los diferentes procesos productivos las necesidades de los usuarios, en el marco del aseguramiento universal.
3. Organizar al hospital con una lógica de complementariedad cooperación y no en la lógica de la coexistencia - competencia, significa la apertura del hospital a una verdadera red hospitalaria en la cual las diferentes UPS estén organizadas y distribuidas para complementarse entre sí, lo que permite mejorar su eficiencia, así mismo implica a su vez integrar al hospital en la red de servicios de salud para asegurara la continuidad y fluidez de la atención de los usuarios entre los niveles de atención. De esta manera el hospital se organiza en una red interna que se articula con la red asistencial externa.
4. Apertura de espacios en la organización para la participación de los usuarios.



## VIII.8.2 PROCESOS DEL COMPONENTE PLATAFORMA ORGANIZATIVA

### VIII.8.2.1 Proceso de Fortalecimiento de la Rectoría Regional en la Red Hospitalaria

#### Macrogestión: Nivel Regional

- ❑ Se realiza la evaluación del desempeño hospitalario por la DIRESA/DISA, Dirección de Red de Salud, en base a tablero de control de mando, y sus observaciones y recomendaciones son vinculantes para los hospitales.
- ❑ Todos los hospitales independientemente de su categoría se han incorporado funcionalmente a la red de servicios de salud cumpliendo las funciones de soporte hacia la red y la participación ciudadana.
- ❑ Se realizan Acuerdos de Gestión, entre DISA-DIRESA/ Dirección de Red - Hospital con participación de la ciudadanía y transparencia.
- ❑ Se tiene la política de concursos para las Direcciones Generales, Jefaturales y Médicas con participación de la Red de Servicios de Salud
- ❑ El ingreso de nuevo personal nombrado o cualquier otra modalidad de ingreso del personal de salud, es por asignación a la red de servicio y no al establecimiento.

### VIII.8.2.2 Proceso de Organización Hospitalaria

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- ❑ Se cuenta con directivas para la elaboración de documentos de gestión en relación a la organización del hospital.
- ❑ Se cuenta con una directiva que estandarice parámetros del funcionamiento de equipos de gestión y comités en el hospital.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- ❑ El hospital tiene una estructura organizativa por procesos de producción basada en las necesidades de los usuarios.
- ❑ La estructura organizativa, además de la Dirección del hospital, cuenta con una Dirección Médica y una Dirección Administrativa que coordinan y conducen las UPS clínico y administrativas respectivamente.
- ❑ La estructura organizativa incorpora la Gestión Tecnológica como un órgano de apoyo en el organigrama estructural.
- ❑ Se ha reestructurado la organización del hospital a fin de incorporar las funciones de soporte del hospital hacia la red y la participación social.
- ❑ El hospital cuenta con todos los documentos de gestión que sustentan la organización: Reglamento de Organización y Funciones, Cuadro para Asignación de Personal, Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos y Procedimientos en el contexto del Modelo de Gestión Hospitalaria.
- ❑ El hospital cuenta con Comités funcionales permanentes y ad-hoc con objetivos definidos y organizados para el cumplimiento de los mismos, contando con planes de acción supervisados por el Director Médico del Hospital o Director Administrativo según corresponda.
- ❑ En el hospital se desarrolla un estilo de gestión participativa para lo que se tiene constituido un equipo de gestión, el mismo que con reuniones periódicas documentadas ayudan al proceso de toma de decisiones, las cuales están basadas en consensos y en evidencias suministradas por el sistema de información.

### **VIII.8.2.3 Proceso de Coordinación del Hospital como Establecimiento de Salud Integrante de la Red de Servicios**

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se tiene establecido un programa de reuniones periódicas de la red de servicios, como mínimo una al mes, en la que interviene el hospital con el propósito de intercambio de información, y optimización de las decisiones para una gestión colectiva.
- ❑ El ingreso a la red de servicios de salud es por el primer nivel de atención, la puerta de entrada al hospital es a través de emergencias-urgencias y referencias del primer nivel.
- ❑ La DIRESA/DISA y la Dirección de Red, implementan el desarrollo y uso de las tecnologías de información y comunicación (TICs) para la interconexión de los establecimientos del primer nivel de atención y el hospital entre sí con fines diagnósticos y tratamiento, de seguimiento, capacitación y de información - comunicación ciudadana.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ El Hospital da complementariedad de servicios al primer nivel de atención, dando soporte para el diagnóstico, tratamiento, desarrollo de recursos humanos asistenciales de los establecimientos de la red, en el marco de un esquema de financiamiento concertado según sea el caso, y en el contexto de la categorización y el nivel de complejidad asignado.
- ❑ Todo hospital tiene un ámbito de influencia territorial asignada según su categorización y nivel de complejidad, pudiendo existir hospitales que excepcionalmente tienen población asignada por particularidades de la zona.
- ❑ El Hospital como parte de la Red de Servicios de Salud contribuye a la continuidad de la atención y a las estrategias de intervención para el manejo de problemas de salud de la población del ámbito, en forma coordinada y según su nivel de complejidad, a través del uso de petitorios, guías de práctica clínica, normativas de gestión, codificación y sistemas de información entre otras, con el soporte de tecnologías de información y comunicación (TICs).
- ❑ La atención del paciente en el hospital se complementa con la capacidad resolutoria del resto de la red, a través de las visitas domiciliarias, el seguimiento a los pacientes en la cirugía ambulatoria y de corta estancia, verificación de categoría socio-económica entre otras, por medio de la contrarreferencia al primer nivel de atención.

### **VIII.8.2.4 Proceso de Incorporación de la Participación Ciudadana al Hospital**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- ❑ Se cuenta con directivas que regulan la participación ciudadana en el hospital.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- ❑ Se difunde e implementa directivas que regulan la participación ciudadana en los hospitales de su ámbito.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ El Hospital independiente de su complejidad y categoría tiene conformado un Consejo de Vigilancia de Apoyo Ciudadano.
- ❑ Todos los miembros del consejo son de carácter ad-honorem e indelegable, y éste está constituido por :
  1. Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.
  2. Representantes de los usuarios organizados
  3. Representante de los gobiernos locales del área de influencia del hospital.
  4. Representante de la Dirección de Red a la que pertenece el Hospital.

5. Otros que el consejo considere pertinente.

- ❑ El Consejo de Vigilancia tiene como Función vigilar la calidad de atención en el hospital: considerando el cumplimiento del horario de atención, permanencia de profesionales, tiempos de espera, trato, información a usuarios, resolución de quejas, entre otros.
- ❑ El Consejo de Vigilancia presenta informes al Comité de Gestión del Hospital periódicamente.
- ❑ El hospital promueve otras formas de participación ciudadana como: el grupo de voluntariado, asociación de pacientes por patología específica (diabéticos, HIV, TBC, discapacitados, clubes de adultos mayores, familiares de usuarios entre otros).

## VIII.9 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### VIII.9.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La plataforma estratégica en el hospital está representada por los procesos de planificación que se desarrollan en este establecimiento de salud (mesogestión y microgestión) y los procesos de planificación nacional y regional relacionados con los hospitales a un nivel de macrogestión, todos los cuales se efectúan con un enfoque estratégico, con un enfoque de red de servicios de salud y en forma coherente y articulados entre los diferentes niveles, sobre la base de información sobre el desarrollo de los procesos en el hospital y sus resultados.

Así mismo, la articulación en el marco estratégico nacional general debe tenerse en cuenta en todos los niveles para los procesos de planificación hospitalaria, como son compromisos que el Estado y el Sector Salud han asumido en materia de salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, así como el Plan Nacional Concertado de Salud. Igualmente en el nivel de macrogestión regional y de meso y microgestión hospitalaria, se debe tomar como marco estratégico los Planes de Desarrollo Regional y los Planes Concertados Regionales de Salud correspondientes.

En el nivel de microgestión hospitalaria, tomando como marco, además de lo mencionado, el Plan Estratégico del Hospital, el gestor clínico desarrolla en forma participativa con el personal de la UPS de la cual es gestor, un plan de trabajo de gestión de la UPS, denominado Plan de Gestión Clínica, según lo descrito en el componente de Gestión Clínica.



La planificación es un componente fundamental en la gestión hospitalaria porque es un instrumento del que disponen los gestores para trazar su rumbo y adaptarse a los cambios, si el hospital no planifica, en poco tiempo dependerá del día a día, sin obtener resultados sanitarios efectivos y eficientes.

Si bien el concepto inmediato e intuitivo de planificación es anticiparse al futuro e intentar influirlo en relación con una idea; el significado del término puede variar en relación con las distintas teorías de planificación, con los ámbitos donde se practica y con el alcance que quiera darse al término, sin embargo existen tres elementos que aparecen como común denominador en la mayoría de enfoques y definiciones de de planificación, estos son:

- **Futuro:** elemento que más influye en diferenciar a la planificación de otros procesos de gestión es la distinta estructura temporal, cubriendo la planificación temas que se adentran en el futuro.
- **Decisión:** este elemento diferencia la planificación de lo que puede ser un simple ejercicio de estudio de escenarios futuros o de la investigación de servicios de salud en el que se plantea el estudio de preguntas más amplias y generalizables. En lo que se centra el esfuerzo intelectual y creativo de la planificación es en los problemas que se plantean en el momento actual y para los cuales se deben diseñar las mejores alternativas de solución.
- **Acción:** este elemento garantiza la efectividad del proceso planificador. La planificación no es un mero cálculo sino un cálculo que precede y preside a la acción. Uno de los mayores problemas que han existido en planificación es que se presta más atención al diseño que a la implementación, por lo que actualmente se dan gran importancia a las condiciones prácticas de implementación de los planes, como parte indisociable del proceso de planificación

#### Elementos de la Planificación

Elemento	Orientado a:
<b>Futuro</b>	▪ Analizar problemas y explorar oportunidades en el futuro
<b>Decisión</b>	▪ Decidir los cambios necesarios y las mejores alternativas
<b>Acción</b>	▪ Aplicar los cambios en las organizaciones..

En este contexto la Planificación Estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser y expresa su finalidad, metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de su población objetivo. Esto significa que las decisiones que se toman en el hospital en el presente, producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro. El Plan Estratégico es por consiguiente un instrumento que guía y permite definir las características del hospital para construir su futuro en relación con el medio o entorno que lo rodea y la red de servicios de Salud a la que pertenece.

El enfoque estratégico precede y es más amplio que la planificación y la gestión estratégicas. La capacidad de pensar estratégicamente es la base para aplicar las técnicas de planificación y gestión estratégicas.

Es habitual afirmar que todos los problemas son estratégicos. De la gestión de un servicio de salud a las grandes políticas de inversión, del dominio de las técnicas financieras a la gestión

de recursos humanos, nada parece poder escapar al calificativo de estratégico. Para definir estrategia, es necesario establecer dos criterios: no puede haber estrategia sin asignación de recursos y esta asignación no involucra de manera duradera el devenir de la entidad hospitalaria.

Para que algo pueda calificarse de estrategia, ha de ser significativo. En este criterio se observa una noción o dimensión fundamental vinculada con el uso habitual del término estrategia. Pero este criterio no es suficiente; debe haber también una asignación de recursos materiales, financieros y humanos para que pueda hablarse verdaderamente de estrategia. En efecto, una estrategia debe poder expresarse en cifras y, por lo tanto, en términos financieros. Si no hay asignación de recursos, no se habla de estrategia, sino de proyecto o de simple orientación. La asignación de recursos pasa por la selección, por parte de la entidad hospitalaria, de las esferas de actividad y de los medios financieros que va a utilizar para realizar sus objetivos dentro de esas esferas de actividad.

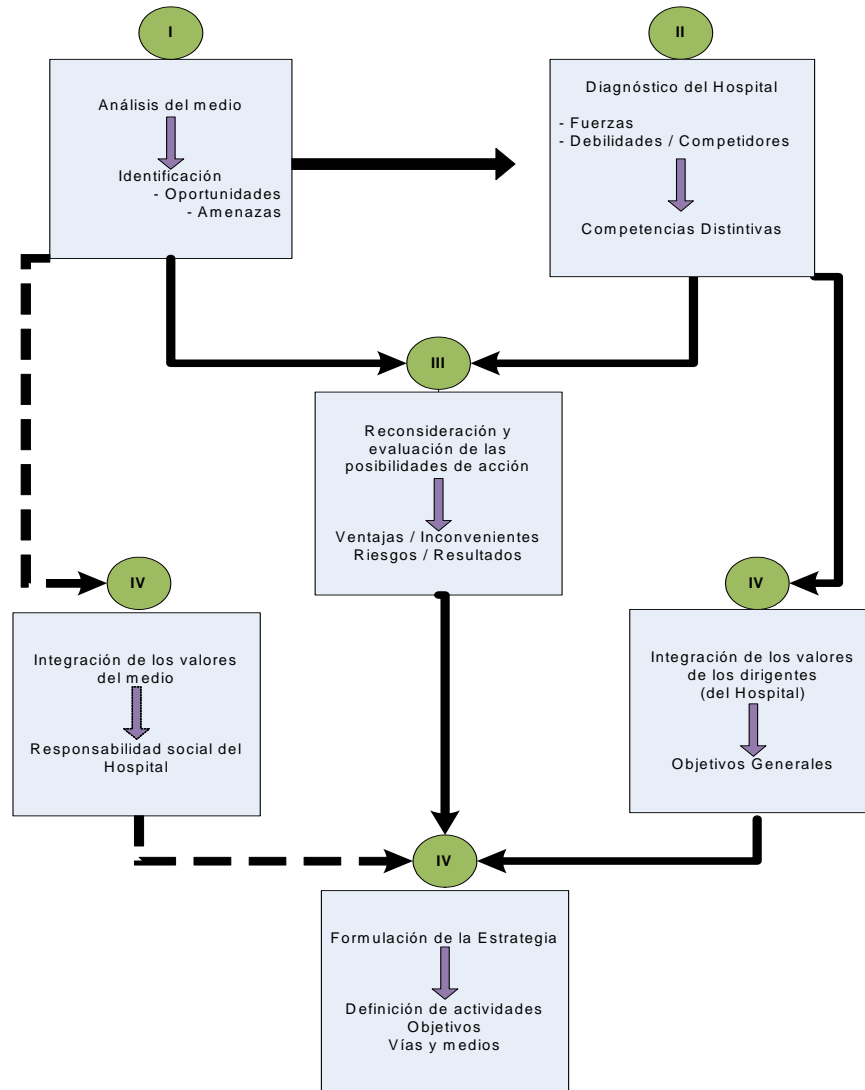
Esta definición de estrategia permite diferenciar claramente lo que compete efectivamente a la estrategia, es decir, la selección de las actividades que se han de desarrollar y la asignación de recursos, de lo que pertenece mas bien a la política general de la entidad hospitalaria, esto es, la articulación entre la estrategia, las actividades, el proceso de decisión y la identidad del hospital.

La estrategia consiste entonces en asignar los recursos de manera óptima tras haberlos adquirido en las mejores condiciones posibles. El objetivo de esta gestión de recursos no es obligatoriamente la búsqueda de utilidades, salvo en el caso de los establecimientos con fines comerciales.

Ciertas organizaciones sociales, y en primer lugar el hospital público o privado sin fines de lucro, tienen otros objetivos que no son la maximización de los resultados financieros. Todo hospital, sea grande o pequeño, público o privado, debe contar con una estrategia. El modelo LCAG presenta las etapas principales del enfoque estratégico:

1. Análisis del medio.
2. Estudio de las fuerzas y las debilidades del Hospital, que permite distinguir las competencias distintivas de la empresa, es decir, que es lo que sabe hacer mejor que las otras.
3. Delimitación de las acciones posibles confrontando esta competencia distintiva (lo que la empresa sabe hacer mejor que las otras) con el análisis del medio (los factores claves del éxito).
4. Control de las acciones o plan de acción articulado en función a los objetivos generales a fin de formular una estrategia.

### EL MODELO LCAG (Learned, Christiansen, Andrews y Guth)



El Proceso de Planificación Estratégica se compone de tres fases:

- **Fase Estratégica:** consiste en plantear una serie de estrategias y establecer una serie de prioridades sobre la base de un diagnóstico previo, tanto interno (puntos fuertes débiles) como externo (amenazas y oportunidades). Esta se materializa en un Plan Estratégico, que tiene un horizonte temporal de largo plazo y es relativamente general, asegura la efectividad y supervivencia del hospital, sin embargo no es estática, sino dinámica y se adapta a los cambios institucionales y del entorno.
- **Fase Operativa:** en ella se selecciona las herramientas y unidades de medida que se van a utilizar. Se materializa principalmente en el Plan Operativo, que tiene un horizonte temporal de corto plazo, es específica y concreta las ideas de la planificación estratégica en acciones cuantificables y evaluables.



- Fase Presupuestaria: es la que lleva consigo la asignación de recursos, los compromisos y las responsabilidades, el seguimiento de los resultados y su control. Se materializa en el Presupuesto

Entender esto es importante porque en el hospital suele segmentarse el desarrollo de las fases de este proceso no articulando las acciones relacionadas a las mismas.

Teniendo como producto de la fase estratégica un Plan Estratégico o equivalente, se realiza la planificación operativa, sin un Plan Estratégico, a modo de construcción colectiva y dinámica de un mapa que permita conducir a la organización hacia la situación deseada en constante evolución, recién es coherente realizar la planificación operativa, tomando como marco la planificación estratégica; sin la existencia de planificación estratégica los procesos de planificación en el hospital se tornan cortoplacistas y sin rumbo.

En la planificación operativa es donde en forma concreta se determina los productos hospitalarios que se necesitan para lograr determinados cambios en la situación de salud de la población, para establecer una relación de coherencia adecuada se aplican métodos y criterios epidemiológicos determinando la estructura de morbilidad; sin embargo el hospital no tiene capacidad para resolver el problema de salud por si solo y por razones de efectividad y economía de escala necesita actuar en asociación con otros establecimientos de salud, es decir en un enfoque de red de servicios de salud.

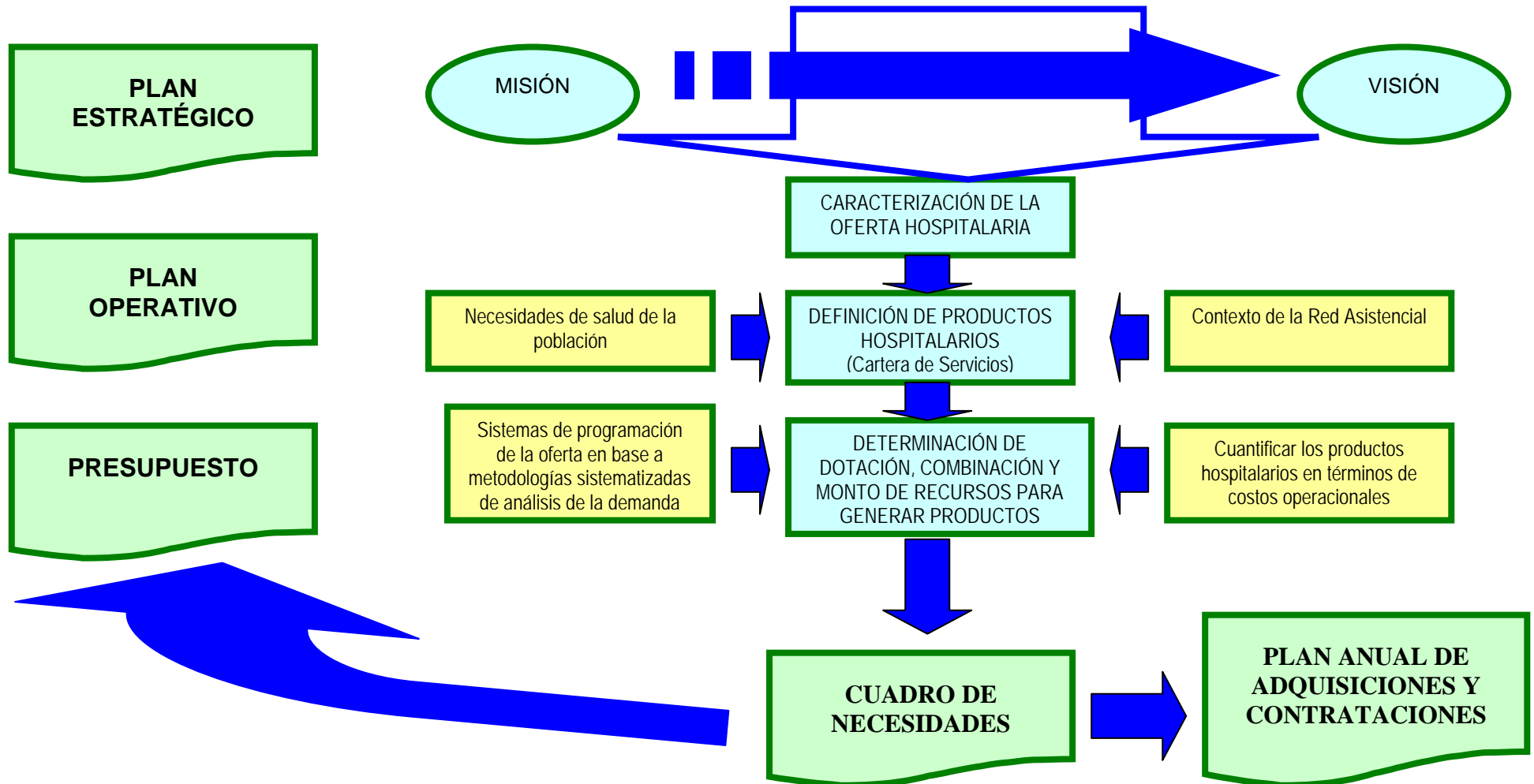
La fase de programación del Presupuesto parte de lo definido en el Plan Operativo sobre la determinación del producto hospitalario y es la expresión monetaria del tipo, volumen y composición de recursos para generar los productos necesarios que se esperan del hospital para lograr determinados cambios en la situación de salud de la población, respondiendo como parte del sistema de salud en un contexto de red de servicios de salud. La cuantificación económica de los productos hospitalarios se determina en términos de costos operacionales, esta medición del producto hospitalario en términos económicos permite tener un Presupuesto en el hospital con un enfoque prospectivo, con compromiso sobre la producción proyectada: Presupuesto por Resultados.

La determinación tipo, volumen y composición de recursos para generar los productos hospitalarios se expresa en el denominado Cuadro de Necesidades, que es por tanto un insumo para la elaboración del Presupuesto y a su vez insumo para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones del Hospital (PAAC), este último requiere para implementarse una adecuada Gestión Administrativa, en relación a los procesos logísticos, de los cuales en última instancia dependerá que los planificados lleguen donde se necesita en forma oportuna y suficiente para obtener los productos hospitalarios deseados.

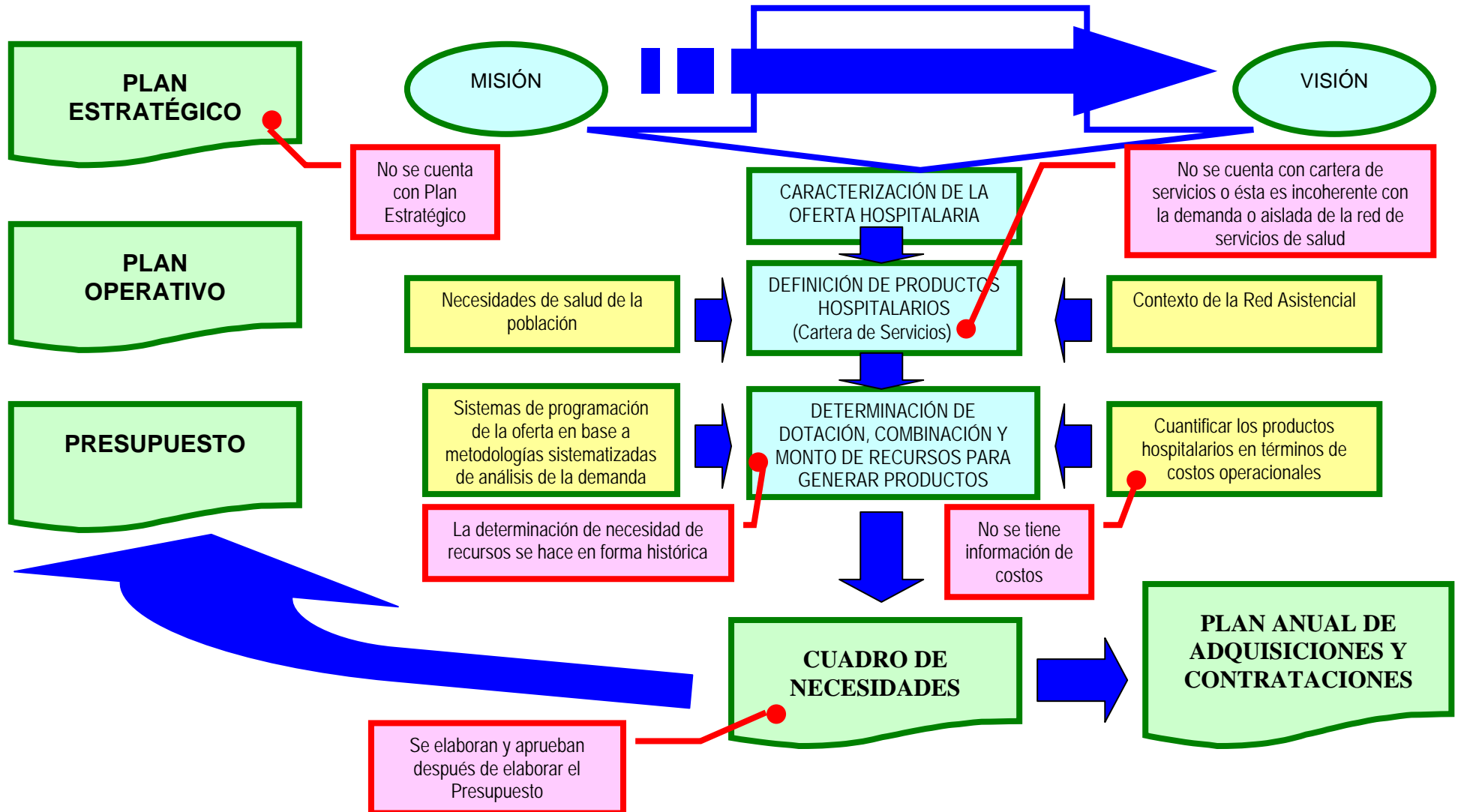
Otra distorsión frecuente es la elaboración del cuadro de necesidades en forma histórica sin conexión a los productos hospitalarios que sumado a la imposibilidad de medir el producto hospitalario en términos económicos por no contar información sobre costos, no permitirían operativizar el desarrollo de un Presupuesto por Resultados.

Por otro lado, si bien en el hospital el Documento representativo de la planificación operativa es el Plan Operativo, no es el único, existen una serie de Planes Institucionales que enmarcados en el Plan Estratégico del Hospital se focalizan en tema específico, algunos de los cuales se detallan en otros componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria y muchos de ellos están contenidos en el Plan Operativo., pudiendo tener una temporalidad igual al del plan operativo o mayor, como puede ser el caso un Plan Director o del Plan Maestro Hospitalario los cuales al estar enmarcados en el Plan Estratégico del Hospital, se convierte también en herramientas para operativizarlo.

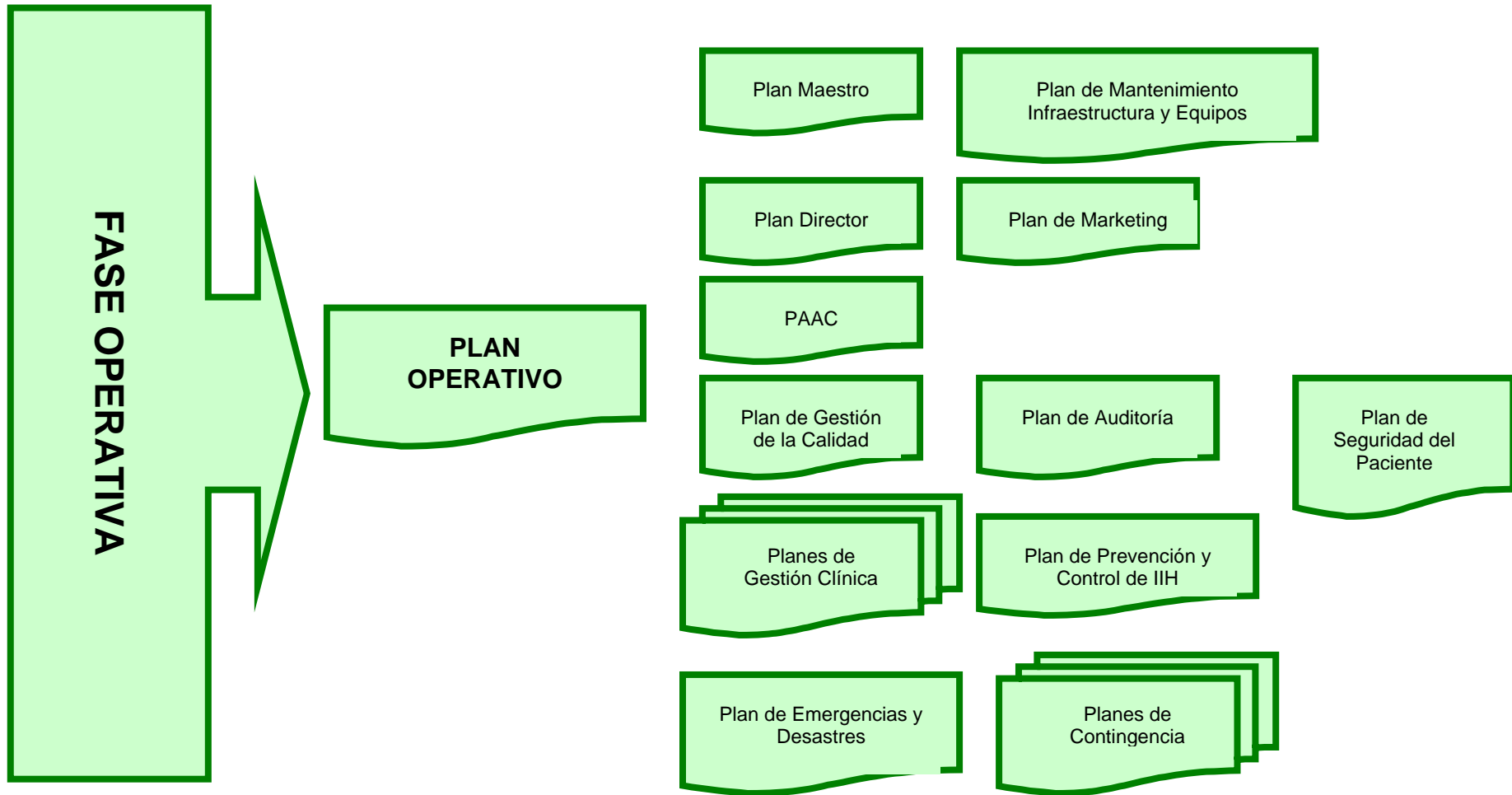
Fases del Proceso de Planificación Estratégica y Acciones Relacionadas



Fases del Proceso de Planificación Estratégica y Acciones Relacionadas – Puntos de Incongruencia



Planes de Carácter Operativo que Existen en el Hospital



## VIII.9.2 PROCESOS DEL COMPONENTE PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### VIII.9.2.1 Proceso de Planificación del Desarrollo de la Red Hospitalaria

#### Macrogestión: Nivel Nacional

- ❑ Se tienen definidos Guías Técnicas para la elaboración de Planes Estratégicos Hospitalarios.
- ❑ Se tienen definidos Guías Técnicas para la elaboración de Planes Maestros de Desarrollo Hospitalarios de mediano y corto plazo.
- ❑ Se tienen definidos estándares de oferta hospitalaria y criterios para la planificación.
- ❑ Se cuenta con estudios de carga de morbilidad.
- ❑ Se cuenta con estudios de diagnóstico de situación de hospitales a nivel nacional.
- ❑ Se tiene formulado el Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria (PMDRH) del país de carácter indicativo de mediano y corto plazo, coordinado con el Nivel Regional y a su vez este con Hospitales correspondientes.

#### Macrogestión: Nivel Regional

- ❑ Cada DIRESA/DISA, tiene elaborado, en concordancia con el PMDRH, el Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria Regional (PMDRHR).
- ❑ La DIRESA/DISA promueve la elaboración del Plan Estratégico en hospitales de su ámbito y Plan Maestro de Desarrollo del Hospital (PMDH) en el marco del Plan Estratégico del Hospital.
- ❑ La DIRESA/DISA supervisa los procesos de planificación en los hospitales de su ámbito.

#### Mesogestión: Nivel Hospitalario

- ❑ Se cuenta con Plan Estratégico del Hospital articulado con el marco Nacional y Regional, con enfoque de red de servicios y aprobado por la DIRESA/DISA
- ❑ Se cuenta con el Plan Maestro de Desarrollo del Hospital (PMDH), y Proyectos derivados del mismo, los Presupuestos del Plan se desarrollan en conjunto con la Red, tienen un enfoque prospectivo o por resultados y son aprobados por la DIRESA/DISA.
- ❑ Se cuenta con un Plan Operativo Institucional enmarcado dentro del Plan Estratégico del Hospital.
- ❑ Se tiene definidos los productos hospitalarios y éstos están cuantificados en términos económicos de costos operacionales, traducidos en un Presupuesto por Resultados.
- ❑ Se cuenta con Planes de Gestión Clínica de las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud en el Hospital, con indicadores de evaluación usados para el monitoreo de acuerdos o compromisos de gestión
- ❑ El hospital cuenta con Planes específicos requeridos en diferentes Documentos Normativos.

## VIII.10 PLATAFORMA JURÍDICA

### VIII.10.1 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La Plataforma Jurídica está representada por el marco legal, que da sustento a la aplicación de los demás componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria, y al ejercicio de las competencias en los diferentes niveles de gestión hospitalaria.

El propósito de la Plataforma Jurídica viene es dar el sustento legal para el desarrollo de los cambios en actividades de los hospitales, para otorgarles mayores grados de autonomía en los aspectos organizativos, de contrataciones, administrativos y financieros.

La plataforma jurídica principalmente debe avanzar hacia la autonomía hospitalaria. Un aspecto fundamental para mejorar el desempeño de los prestadores lo constituye la puesta en marcha de un modelo de gestión autónoma, que entregue a los directivos hospitalarios la capacidad de manejar sus recursos con mayor flexibilidad pero de la mano con la responsabilidad de dar cuenta al país respecto a los resultados de la gestión. En particular, los directores de hospitales deben operar en el marco de un sistema de rendición de cuentas ante la ciudadanía que introduzca el debido control social y la transparencia sobre los montos recibidos y el destino de los mismos. Un particular desafío correspondería en este punto al papel regulador del Estado, y al diseño de dispositivos legales que permitan que los gestores un grado de autonomía para que tengan mayor flexibilidad en el manejo de recursos públicos y a su vez asuman la plena responsabilidad por el resultado de su administración y se informe a la población sobre el desempeño de los prestadores.

Los principales componentes de la generación de mecanismos jurídicos para la modernización institucional son:

- Revisión, ajuste y modernización del régimen de la naturaleza jurídica de los hospitales.
- Evaluación, revisión y ajuste jurídico de los hospitales.
- Desarrollo del marco regulatorio para la operación de los hospitales con autonomía responsable.

### VIII.10.2. PROCESOS DEL COMPONENTE PLATAFORMA JURÍDICA

#### VIII.10.2. Proceso de Implementación de un Reglamento Hospitalario

##### Macrogestión: Nivel Nacional

- Se tiene definido un inventario de todas las leyes que afectan la gestión hospitalaria.
- Se tienen sistematizadas las propuestas de modificaciones legales.
- Se ha identificado las normas que originan duplicidad, conflictos y barreras en el desarrollo de la gestión hospitalaria, así como los vacíos legales existentes.
- Se han derogado normas obsoletas que generan confusión a la gestión hospitalaria.
- Se cuenta con un Reglamento Normativo Hospitalario único que agiliza y mejora la gestión hospitalaria, al adecuar el marco legal vigente que tiene implicancia en la gestión.

##### Macrogestión: Nivel Regional

- Se aplica, difunde y controla la aplicación Reglamento Hospitalario en la red hospitalaria de su ámbito.
- Se elaboran directivas sobre las base del Reglamento.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- ❑ Se aplica el Reglamento Normativo Hospitalario.
- ❑ Se han establecido mecanismos de evaluación en casos de controversias en actos de función ya sea asistenciales o administrativos.
- ❑ Se cuenta con mecanismos de coordinación entre los Comités de auditoría médica con asesorías legales.
- ❑ Se cuenta con asesoría legal a nivel de la Entidad debidamente estructurada orgánicamente con profesionales de derecho.
- ❑ Se elaboran directivas sobre las base del Reglamento.

# ANEXOS