

**Modelo de Organización y Gestión**

**Hospital Biprovincial Quillota - Petorca**

**2012**

**ÍNDICE**

[I. Introducción 4](#_Toc335400615)

[II. Diagnóstico 6](#_Toc335400616)

[1. Marco Teórico y Conceptual 6](#_Toc335400617)

[2. Antecedentes Generales 6](#_Toc335400618)

[2.1. Del Servicio De Salud 6](#_Toc335400619)

[2.2. Del Hospital 7](#_Toc335400620)

[3. Análisis del Modelo de Red 9](#_Toc335400621)

[3.1. Análisis Estructural de la Red 9](#_Toc335400622)

[3.2. Análisis Funcional de la Red 11](#_Toc335400623)

[4. Análisis del Modelo de Gestión del Hospital 17](#_Toc335400624)

[4.1. Organización de los Procesos de Atención 17](#_Toc335400625)

[4.2. Localización de las Áreas De Flujo Interno 28](#_Toc335400626)

[4.3. Organización Interna 31](#_Toc335400627)

[5. Conclusiones Del Diagnóstico 46](#_Toc335400628)

[III. Propuesta de Modelo de Gestión 50](#_Toc335400629)

[1. Procesos Estratégicos 50](#_Toc335400630)

[1.1. Diseño Estructural: Organigrama y Fundamentación 51](#_Toc335400631)

[1.2. Diseño de Mejoramiento Continuo de la Calidad Asistencial 81](#_Toc335400632)

[1.3. Diseño de Centros de Responsabilidad 83](#_Toc335400633)

[2. Gestión de la Atención y la Satisfacción Usuaria 86](#_Toc335400634)

[2.1. Hospital Amigo y Abierto a la Familia 86](#_Toc335400635)

[2.2. Gestión de los Derechos y Deberes de los Usuarios 87](#_Toc335400636)

[2.3. Participación 87](#_Toc335400637)

[2.4. Mediciones de Satisfacción 88](#_Toc335400638)

[3. Procesos Asistenciales del Establecimiento 89](#_Toc335400639)

[3.1. Organización de los Procesos de Atención 89](#_Toc335400640)

[3.2. Cartera de servicios 91](#_Toc335400641)

[3.3. Gestión Clínica 92](#_Toc335400642)

[3.4. Instalación y Desarrollo del Modelo de Atención Progresiva 100](#_Toc335400643)

[4. Gestión de las Personas 104](#_Toc335400644)

[5. Modelo de Procesos de Apoyo o Soporte 105](#_Toc335400645)

[5.1. Logística de Materiales 106](#_Toc335400646)

[5.2. Logística de Servicio 107](#_Toc335400647)

[IV. Anexo: Propuesta de Desarrollo de la Red SSVQ 108](#_Toc335400648)

[1. Procesos Asistenciales o clínicos de la red 110](#_Toc335400649)

[1.1. Red de Atención Cerrada 110](#_Toc335400650)

[1.2. Red de Urgencia 111](#_Toc335400651)

[1.3. Red Electiva – Especialidades 114](#_Toc335400652)

[1.4. Red de Alta Complejidad y extra-SSVQ 123](#_Toc335400653)

[2. Redes de Apoyo o Soporte 124](#_Toc335400654)

[2.1. Apoyo Clínico 124](#_Toc335400655)

[2.2. Apoyo Logístico 125](#_Toc335400656)

[2.3. Apoyo Administrativo 131](#_Toc335400657)

[V. Cartera de Prestaciones 140](#_Toc335400658)

[VI. Bibliografía 183](#_Toc335400659)

**ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES**

[Ilustración 1: Esquema estructural y funcional SSVQ 7](#_Toc335400660)

[Ilustración 2: Estructura y funcionalidad Red Provincias Quillota y Petorca 10](#_Toc335400661)

[Tabla 1: Destino de Hospitalización según comuna de residencia – SSVQ 11](#_Toc335400662)

[Tabla 2: Funciones Asistenciales del HSMQ 2008 13](#_Toc335400663)

[Tabla 3: Área de Influencia del HSMQ - Según procedencia y nivel de complejidad 14](#_Toc335400664)

[Tabla 4: Condición clínica y dispositivo de atención cerrada 67](#_Toc335400665)

[Tabla 5: Categorización Riesgo - Dependencia 70](#_Toc335400666)

[Tabla 6: Clasificación de Camas 70](#_Toc335400667)

[Ilustración 3: Cadena de Valor HSMQ - 2008 83](#_Toc335400668)

[Ilustración 4: Ciclo de la Gestión Clínica 94](#_Toc335400669)

[Ilustración 5: Dispositivos de atención clínica intraestablecimiento 99](#_Toc335400670)

[Tabla 7: Perfil de demanda y dispositivos asistenciales 100](#_Toc335400671)

[Ilustración 6: Requerimientos Sanitarios v/s Dispositivos Asistenciales 101](#_Toc335400672)

[Ilustración 8: Esquema Básico Logística de Materiales 106](#_Toc335400673)

[Ilustración 9: Alternativas de Distribución de Materiales 107](#_Toc335400674)

[Tabla 8: Disponibilidad de Recursos Críticos Modelo Intrahospitalario 112](#_Toc335400675)

[Tabla 9: Disponibilidad Especialidades Red SSVQ 115](#_Toc335400676)

[Tabla 10: Criterios de Complejidad y Recursos Centros Quirúrgicos 116](#_Toc335400677)

[Tabla 11: Propuesta de Complejidad Centros Quirúrgicos SSVQ 116](#_Toc335400678)

[Tabla 12: Disponibilidad Especialidades Pediátricas Red SSVQ 118](#_Toc335400679)

[Tabla 13: Prestaciones Salud Mental Red SSVQ 119](#_Toc335400680)

[Tabla 14: Prestaciones de Rehabilitación por Tipo de Atención 121](#_Toc335400681)

[Tabla 15: Prestaciones de Rehabilitación por Establecimiento 121](#_Toc335400682)

[Tabla 16: Exámenes de Laboratorio SSVQ 125](#_Toc335400683)

# I. Introducción

Según el diccionario de la Real Academia Española MODELO, “es el esquema teórico de un sistema o realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento, es el Arquetipo o punto de partida para imitarlo, reproducirlo o modificarlo”.

Al enfrentar el desafío de elaborar el Modelo de Gestión del establecimiento, en el marco de su normalización, se entiende que se trata de un trabajo tendiente a describir, de un modo lo más objetivo y a la vez conceptual posible, al conjunto de procesos y actores relevantes involucrados en su funcionamiento cotidiano, siguiendo las orientaciones y políticas que el establecimiento se ha trazado en el largo plazo.

Interesa considerar al hospital como un sistema, explicitando las relaciones que tienen sus componentes entre sí a través de los procesos descritos, y cómo este sistema es, desde el punto de vista de Red, un subsistema dentro de la Red de Salud de la Quinta Región en el que se inserta.

Por lo tanto, este trabajo, a diferencia de lo que puede ser una Memoria anual hospitalaria, no busca mostrar logros o resultados o calificar, y menos justificar deficiencias, sino que describir conceptualmente los procesos.

El hecho que este documento se elabore en el contexto del estudio de Pre Inversión del Hospital San Martín de Quillota indica que debe establecer los elementos de gestión que lo modelarán físicamente, tanto en el número de recintos necesarios para generar las prestaciones, como sus características y relaciones funcionales.

Así entendido, el Modelo de Gestión Actual puede transformarse en una herramienta poderosa de apoyo a la Gestión, que puede permitir impulsar los cambios necesarios para mejorar la atención en salud, en el marco de los lineamientos que nos impone la Reforma de Salud en marcha.

Los beneficios en el corto plazo estarán dados por aquellas situaciones o procesos de fácil corrección o que no involucren recursos mayores, los cuales podrán ser abordados con prioridad.

En el largo plazo su utilidad será servir de base para construir el modelo de gestión futura del establecimiento el que, entre otras exigencias, deberá dar respuesta a las imperfecciones e inadecuaciones aquí explicitadas, a las nuevas realidades emanadas de la Reforma de Salud y a la proyección de ellas en un horizonte de futuro mediato, de 10 o más años, considerando los cambios en el contexto biodemográfico y epidemiológico nacional y global.

Lo anterior, indiscutiblemente, significará potenciar la resolutividad en diversas patologías. El desafío es aún más grande si asumimos nuestras actuales insuficiencias en relación a la demanda que nuestra población presenta hoy.

Responder a este desafío con el mero incremento en la cantidad de recursos (especialistas y equipamiento) sería insuficiente e ineficiente. Nuestra respuesta debe implicar un cambio en nuestra forma de gestionar, con el objeto de hacer un uso racional de los recursos orientados en el logro de la equidad, apuntando al fortalecimiento de la atención primaria y secundaria con una adecuada interrelación con la atención de alta complejidad. Por lo tanto, adoptar las estrategias de ambulatorización y complejización de las unidades hospitalarias son directrices ineludibles. La responsabilidad de hacer buen uso de los fondos asignados nos obliga a trabajar de modo planificado, con proyección al futuro, sin perder la perspectiva que todos estos procesos deben estar orientados a mejorar la atención de salud en nuestra población y la calidad de vida de los usuarios, a los cuales se define como centro del modelo de atención en salud.

Proponer un modelo de gestión en salud para optimizar lo existente exige, necesariamente, un análisis comparativo relacionado con el modelo actual de atención y de gestión, de modo tal de poder precisar donde radican los problemas y cuáles son las posibles soluciones en virtud del nuevo modelo. Esto es en suma, analizar en breve la coherencia de lo que se hace con lo que se aspira hacer.

La estructura del documento se ha basado en la propuesta “Índice de Modelo de Gestión” del MINSAL, que considera básicamente un capítulo de diagnóstico y otro de modelo futuro. Esta situación es en teoría simple, sin embargo, para el hospital es un desafío ya que hace un par de años se están aplicando las propuestas del MINSAL en materia de modelo de gestión y el modelo futuro es parte de la práctica actual.

Adicionalmente a los capítulos de diagnóstico y propuesta se han incluido anexos que profundizan o entregan información adicional a los contenidos del informe central. En esto contexto se presenta el resumen de la propuesta para la Organización y Gestión de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Para la elaboración del informe se realizaron reuniones, entrevistas y encuestas y se consideraron, analizaron e integraron documentos del MINSAL, SSVQ, Región y Hospital, entre los que destacan:

* Ley de Autoridad Sanitaria (N° 19.937 del 24.02.04): Gestor de Redes, Complejos Hospitalarios, Autogestión Hospitalaria, Intendencia de Prestadores.
* Ley de Régimen General de Garantías en Salud ( N° 19.966)
* Políticas MINSAL:
  + Gestión de la Atención y la Satisfacción Usuaria
  + Gestión Clínica
  + Gestión de camas
  + Enfoque de integralidad de cuidados

El proceso de elaboración del documento es el resultado de la interacción entre:

* + Equipo Directivo Hospital San Martín de Quillota
  + Astorga Consultores en Salud Ltda.[[1]](#footnote-1)

# II. Diagnóstico

## 1. Marco Teórico y Conceptual

El marco teórico y conceptual que se ha utilizado para la construcción de este documento proviene de los ámbitos de la gestión y de los cuidados sanitarios:

1. La estructura básica de análisis y construcción del modelo de gestión proviene del análisis de procesos y para ello se han utilizado el Modelo de Análisis Estratégico (Hill y Jones) y la Cadena de Valor (Michael Porter). Estos enfoques permiten:
   * Velar por un alineamiento entre los diversos niveles de definición estratégica y organizacional.
   * Diferenciar dentro del hospital las actividades primarias y secundarias, bajo la lógica de procesos.
2. Los atributos centrales a considerar en la construcción y modelamiento de las actividades primarias y secundarias provienen de:
   * Autogestión en Red
     + Gestión de redes
     + Autogestión hospitalaria
   * Gestión sanitaria:
     + Modelo de Atención Integral
     + Cadena de Cuidados y ambulatorización de la atención
     + Gestión Clínica
   * Satisfacción Usuaria:
     + Estrategia SAP
     + Hospital Amigo
   * Mejoramiento Continuo de la Calidad, que aplica a todos los procesos de la organización

## 2. Antecedentes Generales

### 2.1. Del Servicio De Salud*[[2]](#footnote-2)*

El hospital San Martín de Quillota pertenece a la red de hospitales del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, de la V Región, integrado por 11 hospitales: un Hospital de alta complejidad y referencia nacional, que es el G. Fricke de Viña del Mar; 2 hospitales provinciales de alta complejidad, que son el Hospital de Quilpué y el Hospital San Martín de Quillota; 6 hospitales de baja complejidad: Quintero, La Calera, Limache, Cabildo, Petorca y La Ligua; el Hospital Geriátrico Paz de la Tarde y el de Rehabilitación de Peñablanca. A esto se agrega una red de Consultorios urbanos y Postas rurales según diagrama adjunto.

Ilustración 1: Esquema estructural y funcional SSVQ



### 2.2. Del Hospital

**Antecedentes e Historia**

El Primer Hospital que tuvo Quillota fue fundado en 1860 por iniciativa de vecinos organizados por un clérigo de la época, quienes hicieron colecta pública para ese fin, y también fueron apoyados por recursos de algunos benefactores adinerados. Fue uno de los primeros hospitales de la región y de Chile. Aún existen algunos registros clínicos de las primeras atenciones de 1860.

Antes de aquello no había recurso sistemático alguno en salud y el incipiente Estado no asumía este tipo de obligaciones. Transcurrieron casi 80 años de nuestra historia y hacia los primeros años de la década de 1940 el viejo hospital necesitaba urgente reposición y, nuevamente, vecinos liderados por el alcalde y médicos consiguen en la capital los recursos para construir el hospital actual, cuya planta física, diseñada en 1944 según concepciones y realidades de esa época, muy diferentes de las actuales, data de 1948, e inicia actividades en 1950.

El hospital fue concebido para una ciudad que en ese entonces tenía aproximadamente 20.000 habitantes, en un país rural, con una infraestructura incipiente en todo aspecto, un desarrollo industrial casi inexistente y una apacible vida provinciana.

La Medicina de la época también era muy diferente de la actual, rudimentaria en sus conocimientos y desarrollo, aún en la era pre-antibiótica, previo al nacimiento de la mayoría de las especialidades médicas que tanto avance han logrado en las últimas décadas con la incorporación masiva de la tecnología.

El Hospital San Martín como se le bautizó, dedicado a San Martín de Tours, Santo Patrono de la ciudad de Quillota, ha sido el guardián de la Salud de estas Provincias en la segunda mitad del siglo XX e inicios del 21. Se ha desarrollado junto al país y el avance de la medicina, llegando a los niveles que conocemos actualmente.

**Situación Actual**

Para generar sus prestaciones, el hospital cuenta con una infraestructura sanitaria de 160 camas, especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Anestesiología y Pabellones Quirúrgicos, ORL, Oftalmología, Urología, Neurología, Salud Mental, Cardiología, Nefrología, Respiratorio Adultos; Unidades de Apoyo Diagnóstico como son Imagenología, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Kinesiología; unidades de atención ambulatoria electiva (CAE) y de urgencia (Unidad Emergencia Adulto-Pediátrica y Ginecobstétrica); unidades de apoyo logístico como Farmacia , Esterilización, Procedimientos Médicos, donde se efectúan procedimientos diagnósticos respiratorios, digestivos y cardiológicos; además del apoyo de todas las unidades administrativas.

Existe desde el año 2006 apoyo radiológico de 24 hrs., el cual después del horario hábil se restringe a radiología básica sin informe. Situación parecida se da con el Laboratorio Clínico, que funciona hasta las 21 hrs. con supervisión profesional, y sólo batería básica de exámenes después de este horario.

La Unidad de Emergencia forma parte de la Red de atención prehospitalaria del SAMU del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y para ello cuenta con una Central de Comunicaciones en estrecho contacto con la Central de Regulación Médica radicada en el Hospital G. Fricke de Viña del Mar.

No existen en el Hospital de Quillota unidades de paciente crítico, o de alta especialidad y complejidad, como Unidades de Cuidados Intensivos o de Cuidados Intermedios, ni de adultos, ni pediátricos, ni coronaria; tampoco existe unidad de hemodiálisis, ni microcirugía, ni cirugía endoscópica, vascular, torácica, o cardiovascular, recursos que están radicados en el único hospital de alta complejidad de esta red, el Hospital G. Fricke de Viña del Mar.

## 3. Análisis del Modelo de Red

### 3.1. Análisis Estructural de la Red

En el área de influencia existen establecimientos públicos y privados que funcionan de manera separada, no existiendo integración formal con la red privada para ningún tipo de prestación. Sin embargo, en la práctica se ha dado una coordinación espontánea para accidentes con múltiples víctimas.

A continuación se describe cada uno de los sistemas.

#### a) Sistema Público de Salud

El Hospital San Martín de Quillota, juega un papel relevante como Hospital Base Bi-provincial al realizar la atención de salud de complejidad intermedia para las provincias de Quillota y Petorca, recibiendo la derivación de los hospitales tipo 4 (Petorca, Cabildo, La Calera y Limache), tipo 3 San Agustín de La Ligua y Hospital Geriátrico Paz de la Tarde. Además, es Hospital de derivación directa de la atención primaria de las comunas de Quillota y La Cruz.

El siguiente esquema presenta un resumen de los establecimientos públicos de la red Bi-Provincial, para la cual uno de los principales problemas es su extensión, ya que abarca 2 provincias con más de 6227.6 Km2. Los puntos más lejanos de la red se encuentran en la Provincia de Petorca, desde donde deben recorrer distancias que llegan a los 117 Km. por caminos secundarios.

Ilustración 2: Estructura y funcionalidad Red Provincias Quillota y Petorca

CHINCOLCO

LAS PUERTAS

ARTIFICIO

LA VIÑA

ALICAGUE

MANZANAR

LA CANELA

ZAPALLAR

CATAPILCO

LAS PARCELAS

PULLALLI

PAPUDO

LOS MOLLES

HUAQUEN

TRAPICHE

P. ROCO

P. VARAS

STA. MARTA

PICHICUY

**ADOSADO APS**

**CONSULTORIO**

**GERIATRICO**

**HOSPITAL**

**HOSPITAL TIPO IV**

**POSTAS RURALES**

**RURALES**

**CONSULTORIOS**

**APS MUNICIPAL**

**CONSULTORIOS**

**ESPECIALIDADES**

**CONSULTORIOS**

**HOSPITAL TIPO III**

**HOSPITAL TIPO II**

ROMERAL

VILLA PRAT

PACHACAMITA

Q. ALVARADO

LAS PALMAS

LA VEGA

**LA LIGUA**

**HOSPITAL**

PAZ DE LA TARDE

HOSPITAL

NOGALES

HIJUELAS

ARTIFICIO

EL MELON

SAN PEDRO

LA PALMA

BOCO

LA CRUZ

QUILLOTA Nº 2

QUILLOTA Nº 1

OLMUE

LA CALERA

HOSPITAL

LIMACHE

HOSPITAL

PEDEGUA

HIERRO VIEJO

CABILDO

HOSPITAL

PETORCA

HOSPITAL

#### b) Sistema Privado de Salud

Los establecimientos privados son la mayoría Centros Médicos con atenciones ambulatorias o de baja complejidad, existiendo sólo en La Calera la Clínica Los Leones, que cuenta con especialidades de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Urología, Traumatología, Otorrinolaringología, Medicina Interna, Cardiología, Pediatría, Geriatría, Reumatología, Neurología, Endocrinología. Efectúa intervenciones oftalmológicas, otorrinolaringológicas, tegumento, abdominales, proctológicas, urológicas, de la mama, partos, ginecológicas, obstétricas, traumatológicas. Cuenta con Unidades de Apoyo Diagnóstico tales como Laboratorio, Imagenología convencional, TAC, Mamografías, Ecotomografías, Endoscopías, Colonoscopías, Rectoscopias, Electrocardiografía, Unidades de Apoyo Terapéutico como Kinesiología.

Los pacientes privados que requieren de atención, en general, concurren a establecimientos ubicados en las ciudades de Quilpué, Viña del Mar y Valparaíso, mientras que otros concurren directamente a Santiago.

Quillota cuenta con:

* + Centros Médicos
  + Consultas Médicas Particulares
  + Laboratorios
  + Anatomía Patológica
  + Imagenología con TAC (sin RNM)
  + Endoscopía digestiva
  + Laboratorio cardiológico
  + Laboratorio respiratorio
  + Centros de Diálisis

### 3.2. Análisis Funcional de la Red

De acuerdo al análisis contenido en el informe de Organización y Gestión de la Red del SSVQ, las comunas que optan por el HSMQ como su principal centro prestador son: Quillota, La Calera, Hijuelas, La Cruz y Nogales.

Tabla : Destino de Hospitalización según comuna de residencia – SSVQ







El siguiente análisis se basa en los conceptos de influencia y pertinencia de Robert Sigmand, en Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. G. E. Alan Dever. OPS. 1991. Pág.241; 243.

En términos absolutos, los egresos del establecimiento corresponden al 19,2% de los egresos del Servicio de Salud. A su vez, su Influencia corresponde en un 0,76% de sus egresos a usuarios de otros servicios del país, probablemente en tránsito, respondiendo el resto de sus egresos a usuarios del Servicio de Salud, y el 1,4% de sus egresos a comunas que no corresponden a las Provincias de Quillota y Petorca.

Respecto a la pertinencia de sus egresos muestra que el 83,7% de todos los egresos de usuarios de la Comuna de Quillota lo hacen del Establecimiento y el 14,4% egresan desde el Hospital Base del Servicio, mostrando un claro comportamiento de su resolutividad global.

En un análisis más pormenorizado, se revela que la pertinencia de la Comuna de La Cruz es de similar comportamiento.

Respecto al comportamiento de la pertinencia de los egresos de los otros hospitales de la Provincia de Quillota y Petorca, llama la atención el comportamiento del Hospital de La Calera, con menor pertinencia en sus egresos, respecto a Limache, Ligua, Cabildo y Petorca, donde todos ellos muestran una pertinencia en sus egresos de los usuarios de su comuna supera globalmente el 50%.

En síntesis, el análisis de la pertinencia muestra un hospital que efectivamente responde a los requerimientos de su red y permite visualizar problemas de trabajo en red con algunos de los establecimientos, particularmente La Calera. El análisis por servicios clínicos que no se muestra en estas tablas, igualmente muestran consistentemente de la respuesta adecuada a los requerimientos y definiciones de la Red y sus usuarios.

Desde el punto de vista asistencial, las actividades fundamentales se refieren tanto a los procesos de atención abierta como de atención cerrada y, en cada uno de ellos, tanto atención electiva como de urgencia.

Tabla : Funciones Asistenciales del HSMQ 2008

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipos de atención clínica** | | |
| **Según ámbito** | **Según grado de urgencia** | **Lugar de prestación** |
| **Atención Abierta** | **Electiva** | Centro de Referencia Diagnóstica (CRD), (Ex consultorio adosado o de especialidades) |
| **De urgencia** | Unidad de Emergencia (Adulto-Infantil)  Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica. |
| **Atención Cerrada** | **Electiva** | Salas de pacientes Hospitalizados en Áreas Clínicas. |
| **De urgencia.** | Pabellones quirúrgicos.  Residencia de Médicos de Turno |

Al considerar el área de influencia y la complejidad de sus servicios, se observa que combina prestaciones de baja y mediana complejidad. La baja complejidad se concentra en comunas cercanas que no disponen de hospital, salvo La Calera que, a pesar de tener un Hospital tipo 4, la población se hospitaliza preferencialmente en el HSMQ. Una situación similar, pero menos marcada se da con Limache y Olmué.

Tabla : Área de Influencia del HSMQ - Según procedencia y nivel de complejidad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comunas** | **Complejidad** | | |
| **Baja\*** | **Mediana** | **Alta** |
| Viña del Mar |  |  |  |
| Con – Cón |  |  |  |
| Quintero |  |  |  |
| Puchuncaví |  |  |  |
| Quilpue |  |  |  |
| Villa Alemana |  |  |  |
| Quillota | X | X |  |
| La Cruz | X | X |  |
| La Calera | X | X |  |
| Hijuelas | X | X |  |
| Nogales | X | X |  |
| Limache | X | X |  |
| Olmué | X | X |  |
| La Ligua |  | X |  |
| Cabildo |  | X |  |
| Petorca |  | X |  |
| Papudo |  | X |  |
| Zapallar |  | X |  |

La Atención Abierta electiva de bajo nivel de complejidad debe ser, y en general, es resuelta por los Establecimientos de la Atención Primaria; sin embargo, la atención de urgencia de baja complejidad del resto de las comunas de la provincia aún consulta espontáneamente en un porcentaje no despreciable en la U. de Emergencia del HSMQ, ya que no existen SAPUs en estas comunas, a excepción del SAPU de Artificio que se encuentra en operación.

El Rol que cumple el Hospital San Martín responde a las siguientes características:

* Satisfacer las necesidades de atención abierta electiva y de urgencia y de hospitalización de los casos de baja y mediana complejidad de las comunas de Quillota y La Cruz y, parcialmente, del resto de las comunas de la provincia de Quillota, (fundamentalmente por razones culturales de la población), así como los casos de mediana complejidad del resto de las Provincias de Quillota y Petorca.
* Satisfacer la demanda de consulta y otras prestaciones ambulatorias de mediana complejidad de pacientes provenientes de todas las comunas de ambas provincias (Quillota - Petorca).
* Recibir todas las derivaciones urgentes y/o emergencias, independientemente de su complejidad, que le refieran los otros establecimientos del Área asignada, debiendo resolver hasta la mediana complejidad, y estabilizar antes de derivar al Hospital G.Fricke a aquellos críticos o de alta complejidad.
* Derivar a todos los pacientes en estado crítico, ya sea que hayan alcanzado esa condición durante una hospitalización o procedan directamente del territorio asignado.

Dentro de este rol, desde una perspectiva asistencial, una de las principales restricciones ha sido la carencia de Unidad de Paciente Crítico que limita el nivel de complejidad, a pesar de contar con especialistas y subespecialistas, los cuales al nivel de consulta de atención abierta y cerrada desarrollan ocasionalmente intervenciones y procedimientos específicos y complejos como cirugía oncológica, de cataratas, urológica y otras.

En Agosto 2008 inicia su funcionamiento una Unidad de Cuidados y Tratamientos Intermedios (UTCIM) con 7 camas, equipamiento y recursos humanos, que se encuentra en proceso de acreditación.

#### a) Red Electiva

El esquema de derivación se encuentra en la Ilustración Nº 2 antes descrita.

Para los pacientes GES-AUGE se cuenta con protocolos definidos sobre prestaciones y tiempos requeridos. Para los pacientes no GES-AUGE hay una mayor variabilidad en los procesos de derivación y contraderivación, no obstante se avanza progresivamente en la construcción de protocolos consensuados con la red a través de sus instancias de coordinación.

De manera esquemática los pacientes de la Provincia de Petorca son derivados a La Ligua y, dependiendo del problema y la disponibilidad local de recursos, son derivados al HSMQ o al HGF.

#### b) Red de Urgencia

La UEH del HSMQ forma parte de la Red de Urgencias del Servicio de Salud, cuyo SAMU es el centro de recepción de llamados urgentes de la población así como de Regulación Médica y de intervención en terreno que por ahora incluye a la red mencionada, pero que está en desarrollo hacia un sistema SAMU regional que, por lo tanto, incluirá a los tres servicios de salud: SSVQ, SSVSA y SSA.

Se constituye así la Red de Urgencia de mayor complejidad integrada por las UEH de los tres principales hospitales, con coordinación desde la Dirección del Servicio, a través de reuniones periódicas y la elaboración de criterios de referencia y contra referencia.

Al interior del área de cobertura de cada uno de los tres hospitales mayores existe una red de urgencia de baja complejidad, que está dada por la Atención Primaria cuando existen SAPU (Miraflores, Concón, Artificio), y también por las Unidades de Emergencia de los hospitales de Baja Complejidad.

En lo referente a las Provincias de Quillota y Petorca, los hospitales de Limache, La Calera, La Ligua, Cabildo y Petorca integran esta Red, además del SAPU de Artificio en La Calera., y el de San Pedro en la comuna de Quillota. Todos estos centros cumplen una importante labor en la atención de urgencia en un área geográfica muy extensa y con riesgos siempre latentes. Esta Red se articula con la UEH del HSMQ, existiendo una fluida comunicación que permite la referencia y contra referencia al interior de ella.

El SAPU de Artificio, en La Calera, ha sido un aporte importante para la población de las comunas de Nogales, Hijuelas y La Calera. Sin embargo, para las Comunas de Quillota, La Cruz, Limache y Olmué, no existe un sistema que de respuesta a la urgencia de nivel de complejidad primaria, salvo el SAPU de San Pedro, que por sus condiciones y ubicación, solo atiende a esa pequeña comunidad.

De esta manera toda la urgencia de baja complejidad de la población de estas comunas acude por atención a la UEH del HSMQ con lo que provoca una alta saturación de ella, atentando en muchas ocasiones contra las condiciones necesarias para atender eficazmente a casos complejos. Se ha estimado en varias oportunidades el porcentaje de consultas de baja complejidad en 70 a 73 %.

Se cree pertinente que, como parte del desarrollo de la Red de Urgencia, las comunas de Quillota y La Cruz cuenten con un SAPU, que esté más cerca de su población y pueda resolver en una primera instancia las situaciones de urgencia más frecuentes y menos complejas.

#### c) Red de Alta Complejidad

El HSMQ no genera prestaciones propias de una red de alta complejidad, debiendo derivar a todos los pacientes que requieran de este tipo de prestación a los hospitales:

* Carlos Van Buren de Valparaíso, el Paciente Neuroquirúrgico
* Hospital de Urgencia Asistencia Pública de Santiago, el paciente Gran Quemado
* Gustavo Fricke, pacientes con resto de prestaciones complejas

Existen adicionalmente los siguientes convenios:

* 35 exámenes de TAC mensuales en la unidad Scanner del HGF a pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital San Martín; cuando la demanda excede este número, se realiza compra de servicio a centros privados.
* Colangiografía endoscópica retrograda (CPER); mediante convenio, desde la Dirección del Servicio, se envían pacientes a Clínica Alemana de Sgto., donde existe un centro de referencia nacional de este procedimiento
* Otros exámenes de alta complejidad, en laboratorios clínicos y especialidades médicas, que se realizan por compra de servicio con frecuencia variable son los siguientes: Resonancia Nuclear Magnética, Colonoscopías, Cintigramas óseos, inmunohistoquímica (Anatomía Patológica), detecciones de laboratorio especiales como HTLV1 hormonales, marcadores tumorales en Ca. mama (Conac )

#### d) Algunas conclusiones del funcionamiento en Red

* Funcionamiento en red limitado principalmente a los flujos de pacientes, y esto en forma asimétrica, ya que los flujos de Derivación son mayores que los flujos de Contra derivación.
* Sistemas de Derivación y Contra derivación poco normado y con carencia de protocolos operativos adecuadamente conocidos, monitorizados, auditados y evaluados.
* No existen flujos en red para la información, los Recursos Humanos, insumos, material industrial, equipamiento médico o Recursos Financieros.
* Asimetría en el acceso a la mayor complejidad en relación no sólo a las distintas necesidades clínicas, sino también por la localización geográfica del paciente.
* Establecimientos sin estrategias de desarrollo complementario.
* Estrategias de Atención basadas en la hospitalización.
* Bajo desarrollo de la ambulatorización.
* Insuficiente desarrollo de Unidades de paciente crítico en la Red.

## 4. Análisis del Modelo de Gestión del Hospital

### 4.1. Organización de los Procesos de Atención

#### a) Atención de Urgencia

Las Unidades de Emergencia y la residencia de pacientes hospitalizados cuentan con apoyo de radiología las 24 horas desde septiembre 2006, pero en horario inhábil se dispone solamente de radiología básica y sin informe. Además, cuentan con el apoyo de Farmacia, Laboratorio[[3]](#footnote-3), Unidad de Medicina Transfusional y Pabellón Quirúrgico las 24 horas del día.

Hay disponibilidad de ecotomografía de urgencia en equipo propio de la Unidad de Emergencia, para lo cual se han capacitado médicos de turno en protocolos básicos y orientados a los principales cuadros de urgencia como colecciones intra-abdominales, apendicitis, abscesos, colecistitis etc. No se usa para otro propósito.

En horario hábil, las acciones de las unidades de emergencia son asistidas por todas las unidades de apoyo diagnóstico y por especialidades en forma parcial.

Las áreas de atención específicamente destinadas a la Urgencia son:

(1) Unidad de Emergencia

(2) Pabellones de Urgencia

##### (1) Unidades de Emergencia

El hospital cuenta con dos UEH, una que atiende de manera integrada a la población infantil y adulta y otra destinada exclusivamente para la demanda gineco-obstétrica. Ambas cumplen con la definición de ser puntos de atención de 24 horas, que cuentan con atención de especialistas y recursos de mediana complejidad para acoger y resolver sin posibilidad de rechazo, pudiendo derivar a otros establecimientos los casos de alta complejidad, los cuales son menos del 1% de los pacientes atendidos (se resuelve el 99% de la demanda).

La mayor cantidad de usuarios de ambas Unidades de Emergencia son los pacientes que concurren mediante demanda espontánea**.**

Otras fuentes de demanda son:

* Los pacientes derivados desde los Hospitales tipo 3 y 4 de las Provincias de Quillota y Petorca.
* Los pacientes traídos por el SAMU-SMUR Viña.
* Los pacientes derivados desde otros nodos de la red por pautas de derivación según complejidad.
* Los pacientes que requieren evaluación de urgencia u hospitalización derivados desde el Centro de Referencia Diagnóstica (CRD) y desde consultas privadas.
* Los pacientes traídos por servicios privados de ambulancias.
* Las atenciones médicas requeridas por los pacientes hospitalizados en los Servicios Clínicos del mismo hospital, son provistas por los médicos de turno de la urgencia, ya que el hospital no cuenta con médicos residentes en el área de hospitalización.

Para lograr la cobertura de atención de 24 horas diarias, el personal cumple sus funciones en turnos que aseguran una dotación fija de profesionales y personal de colaboración; este último es parcialmente reforzado en horario diurno.

**Instrumentos y Procedimientos de Acceso**

Dado que la demanda espontánea representa la principal vía de acceso a las Unidades de Emergencia, los motivos de su consulta son mayoritariamente de baja complejidad. Estudios del Nivel de complejidad realizados entre los consultantes en la Unidad de Emergencia adulto-pediátrica sitúan entre un 70 a 73% de consulta de baja complejidad. De existir un SAPU como estimamos será en el futuro, esta demanda sería considerada como No Pertinente.

Esto, sumado a los Compromisos de Gestión ministerial, la necesidad de priorizar los casos con mayor potencial de gravedad, hizo establecer un mecanismo de selección de demanda aplicado en Emergencia solamente para los adultos por ahora, que separa en cinco grados de urgencia de acuerdo a método basado en atención de Enfermera Universitaria capacitada, según norma ministerial en Unidades de Emergencia[[4]](#footnote-4) de grandes hospitales de Santiago. La aplicación de este procedimiento ha sido paulatina y ha requerido de readecuación de la planta física.

El proceso puede resumirse en las siguientes etapas:

1. Paciente consulta en ventanilla Admisión y se emite orden de atención, con respaldo electrónico, denominada Hoja RAMA (Resumen Atención Médica Ambulatoria)
2. Paciente es evaluado por enfermera[[5]](#footnote-5) que establece prioridad de atención de acuerdo a la complejidad (compromiso vital) de su problema de salud:
3. Los pacientes C1 según la gravedad de su cuadro habitualmente pasan directamente al box reanimación
4. Pacientes C2, C3, C4 y C5 esperan a ser atendidos de acuerdo a la complejidad de su problema.
5. De lunes a viernes en la mañana hay 10 cupos disponibles en el consultorio de APS vecino al hospital para pacientes C4 y C5
6. Paciente es evaluado en box por médico[[6]](#footnote-6) quien puede:
7. Indicar tratamiento y derivar a domicilio y control APS o CRD de acuerdo al caso.
8. Prolongar su estadía en la UEH para compensar patologías o completar diagnósticos que requieran de laboratorio o radiología. Para ello existe una sala de observación con cuatro camillas, en la cual se puede observar por períodos de 2 a 3 horas. Cómo máximo pueden estar 12 hrs. No se hospitaliza en UEH.
9. Hospitalizar:

* Tratamiento Médico
* Paciente que requieran intervención quirúrgica inmediata, son ingresados directamente a Pabellones Quirúrgicos

Otras decisiones son:

* Los pacientes referidos desde otros hospitales de la red son hospitalizados o devueltos con indicaciones de hospitalización y manejo en su hospital de origen.
* Los pacientes que por su complejidad o estado crítico deben ser atendidos en una Unidad de paciente Crítico o de mayor complejidad, son trasladados al Hospital G. Fricke de Viña del Mar previa comunicación con el SAMU y el médico de turno del referido hospital.
* Los pacientes que requieren de evaluación neuroquirúrgica son enviados al Hospital Carlos Van Buren, donde pueden quedar hospitalizados o ser devueltos con indicaciones del especialista.
* Cuando la evaluación médica constata que las condiciones de gravedad lo permiten, los pacientes de comunas que no son del área de Quillota, son remitidos a los hospitales de su jurisdicción territorial.

La identificación de los pacientes, su previsión y motivo de consulta son ingresados a una base datos. Este sistema emite una impresión, (FAP u Hoja RAMA), en la que son registradas las prestaciones de salud otorgadas.

**Hospitalización por Unidades de Emergencia**

Decidido el ingreso de un paciente al Hospital por una de las unidades de emergencia, se traslada al sector de hospitalizados médico quirúrgico, ubicado en los pisos superiores, y el médico responsable indica donde debe ser hospitalizado. Posteriormente, y transcurrido el tiempo mínimo recomendado, el enfermero de turno realiza la categorización de riesgo dependencia. Desde el punto de vista clínico y administrativo, el paciente y su atención de cuidados son responsabilidad del área clínica al que ha sido trasladado. La responsabilidad médica depende de la especialidad que determine la hospitalización.

Actualmente es posible aplicar el modelo de atención progresiva por la existencia de la UTCIM, con sus 7 camas que está funcionando y en etapa de acreditación.

La Unidad de Emergencia Ginecobstétrica, es responsable de la acogida de la mujer parturienta y de su resolución, como también de las pacientes con otras patologías ginecológicas y obstétricas de emergencia. A la evaluación inicial por matrona, puede seguir la evaluación médica, si lo requiere. Los ingresos obstétricos son hospitalizados en camas del Servicio Obstetricia, y las pacientes con patología ginecológica son internadas en las camas quirúrgicas indiferenciadas.

**Sistemas de Control**

Existen reglamentos que regulan la actividad de las unidades de emergencia; estas normas contemplan las responsabilidades de atención, registro, controles y entregas de turno. Los Jefes de Turno ejercen un control horizontal, entre pares, del cumplimiento de los criterios de hospitalización, indicaciones quirúrgicas y oportunidad de la resolución de casos por los distintos equipos de profesionales de turno.

A su vez, en el Jefe de Turno recae la organización y control de su respectivo equipo para dar cuenta de la demanda con oportunidad y calidad.

Los Jefes de Unidad conocen de las novedades, hospitalizaciones y cirugía practicada mediante la revisión del Libro de Novedades de Urgencia que cada unidad lleva y cuyo registro es responsabilidad del Jefe de Turno.

Hay algunos protocolos y guías clínicas disponibles en las dos Unidades de Emergencia.

Existen Reuniones Clínicas mensuales, con participación de todos los profesionales, en las cuales se tratan temas clínicos y administrativos relacionados con la Urgencia.

##### (2) Pabellones Urgencia

La actividad de Cirugía de Urgencia se desarrolla en la Unidad de Anestesia y Pabellón Quirúrgico, la que dispone de un pabellón para las urgencias quirúrgicas y obstétricas, 24 horas al día los 7 días de la semana. Esta disponibilidad es tanto para la urgencia de atención abierta, como para la que se pueda generar en áreas clínicas de pacientes hospitalizados (atención cerrada), tanto adultos, pediátricos, como ginecobstétricos y de especialidades quirúrgicas.

Se cuenta con médicos anestesistas en sistema de turnos para las 24 horas con un total de: 2 cargos 22/28hrs., 3 cargos 11/28hrs., 1 cargo 28hrs., 1 cargo 44hrs., 1cargo 22hrs., lo que asegura la continuidad de la atención anestésica y con personal de colaboración médica suficiente para la función de 1 pabellón durante las 24 horas del día. El médico jefe de turno coordina en conjunto con el anestesiólogo la actividad quirúrgica de urgencia en el pabellón.

En casos de urgencia con múltiples víctimas o la concomitancia de más de una cirugía de urgencia, los dos facultativos mencionados coordinan el desplazamiento interno de personal para cubrir estos requerimientos. Existe también la posibilidad de contar con cirujano de llamada, para ayudantía quirúrgica

**Instrumentos y Procedimientos de Acceso**

Establecida la indicación quirúrgica, el cirujano solicita anestesia y pabellón; el paciente es evaluado por el anestesiólogo quien solicita los exámenes faltantes para la evaluación y establece las medidas de preparación pre anestésicas, y se procede a la intervención quirúrgica.

**Sistemas de Control**

Se registran todas las acciones del anestesiólogo y sus colaboradores en el Protocolo de Anestesia.

El equipo de Anestesiología efectúa, semanalmente, reuniones clínicas en las que se discuten resultados y nuevas tecnologías.

Existen normas y procedimientos escritos inherentes al programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, incluidos los planes de supervisión de enfermería y capacitación.

#### b) Atención Electiva

Las áreas de atención destinadas específicamente a la atención electivo-ambulatoria son:

1. Atención de Consulta Externa
2. Cirugía Menor Ambulatoria
3. Cirugía Mayor Ambulatoria
4. Atención Dental Secundaria y Terciaria
5. Atención de Salud Mental
6. Atención Ambulatoria de procedimientos de especialidad, endoscopía, respiratorios, digestivos y cardiológicos
7. Atención Ambulatoria de Imagenología
8. Atención Ambulatoria de Laboratorio Clínico
9. Atención Ambulatoria de Medicina Física y Rehabilitación
10. Atención Ambulatoria de Medicina Transfusional

##### (1) Consulta Externa

El Centro de Referencia Diagnóstica (CRD) es la unidad destinada a la atención electiva de pacientes que requieran atención de especialidad de las provincias de Quillota y Petorca, recibiendo por lo tanto interconsultas desde los consultorios de atención primaria y hospitales de la red ya descrita. También prestan atención ambulatoria de especialidad a pacientes dados de alta recientemente desde el establecimiento.

Otras consultas ambulatorias electivas son efectuadas en otros recintos del Hospital, como se describirá en Salud Mental, ETS, Unidad de Kinesiterapia.

La atención mensual (producción 2008) es de 5.294 consultas médicas mensuales entre adultos e infantiles, observándose una relación de 1 consulta nueva por 2,44 controles con un rango de variación de 1,3 controles por consulta nueva en nefrología y 32 en endocrinología infantil.

Si se considera la relación Consultas Nuevas / Controles, las consultas nuevas son un 42% y 58% controles, considerando el primer semestre del 2009. Esta mejora de la relación nuevos / controles se explica por una intervención en base al aumento de la consultas nuevas como parte de las estrategias para cumplir con el plan de 90 días y a una gestión más activa de la dación de horas en este sentido. No obstante, el enfoque de la relación Nuevos / Controles como indicador de eficiencia en la gestión de la consulta externa está en revisión, con el objeto de priorizar la resolución de pacientes y no sólo su primera atención (más detalles en el apartado sobre modelo de gestión futura).

**Instrumentos de Acceso y Sistema de Dación de Horas**

El acceso a la consulta médica de especialidad se realiza mediante los siguientes instrumentos:

1.- Interconsulta; es el instrumento principal, ya sea para acceder desde los establecimientos de APS u otros hospitales de la red como para referencia interna desde una especialidad a otra al interior del hospital.

2.- Carné de alta; para pacientes egresados de las áreas clínicas respectivas.

En la mayoría de las especialidades existe un médico que da prioridad a la citación del paciente basándose en los antecedentes disponibles en la interconsultas; en otras especialidades la oportunidad de atención la determina la antigüedad en la lista de espera.

Los criterios de prioridad para la citación son variables, según la especialidad; los protocolos AUGE y las garantías de oportunidad han contribuido a estandarizar los criterios en esas patologías. Algunas especialidades han definido protocolos adicionales.

Desde el año 2007 en el Programa de Intervención de Listas de Espera se han destinado horas médicas de jefatura para efectuar una revisión administrativa de las interconsultas, las que no cumplen con los criterios de calidad establecidos se devuelven a su origen. A objeto de compensar los cupos que se pierden por inasistencia de pacientes se ha establecido una política de sobre citación de un 5 a 10%. En caso de sobrepasar el cupo se le reconoce al facultativo y se compensa caso a caso.

Una herramienta adicional, usada para la gestión de la demanda de las distintas especialidades relacionadas con la medicina interna, es la existencia de horas médicas de “médico tamizador”, quien realiza la primera consulta de pacientes que de otro modo tendrían un largo tiempo de espera. Este profesional evalúa la pertinencia de la Interconsulta, solicita nuevos estudios, prioriza la atención por especialista y realiza la contrarreferencia al primer nivel de atención cuando corresponde. La efectividad de esta herramienta se encuentra actualmente en evaluación.

Se usa como instrumento de regulación de la derivación las Interconsultas GES cuya norma de registro está consensuada en la red.

**Sistemas de Control**

La planificación y programación del recurso horas médicas, para la consulta externa, es realizada principalmente por las jefaturas de los servicios clínicos en acuerdo con la SDM. El CRD en este caso verifica la disponibilidad de espacio para una adecuada programación de los horarios médicos y gestiona los medios de apoyo necesarios para esta actividad.

En este contexto, el CRD no tiene tutoría técnica sobre la actuación médica; por otra parte, se percibe que los servicios clínicos centran su preocupación en la actividad intrahospitalaria. La suma de estos efectos es la inexistencia de una práctica sistemática de control clínico, análisis colectivo de las prácticas vigentes basado en evidencia, o el uso de indicadores de resolutividad. Existen sí, en algunos programas, el seguimiento de indicadores determinados por normas ministeriales, como es el caso de pacientes VIH y diabéticos, entre otros. Actualmente se está monitoreando las altas, los controles y los pacientes nuevos del CRD.

En el caso de los pacientes del programa cardiovascular, se ha diseñado localmente una estrategia que ha permitido mejorar la resolutividad y eficiencia en este manejo.

El Hospital mide mensualmente el Rendimiento Médico en consulta, información que es utilizada por algunos jefes de servicio clínico para dosificar las horas asignadas a consulta externa y hacer sobre citación de pacientes en aquellas especialidades con ausentismo marcado persistente.

Se conoce y controla el gasto global de farmacia asociado al paciente ambulatorio, pero no existen indicadores de gasto de farmacia por paciente.

Será necesario indagar la pertinencia de las indicaciones de fármacos como también las de exámenes de laboratorio, para llevar indicadores de costos por paciente, médico y especialidad.

##### (2) Cirugía Menor Ambulatoria

La Cirugía Menor Ambulatoria electiva se realiza en dos recintos:

1. Pabellón de procedimientos dermatológicos en la U.P.M., el cual ocupa el recinto de endoscopías, durante horario que no se realizan estos procedimientos.
2. Pabellón Central, de acuerdo a disponibilidad y con tabla programada.

Los pacientes que requieren de este proceso de atención son aquellos que se evalúan en el CRD, desde donde se coordina su citación para la cirugía. Dado el gran volumen de prestaciones de este tipo, una normalización del hospital debe contemplar la habilitación de salas de pabellón para cirugía menor ambulatoria. Esto permitiría liberar el pabellón central para dedicarlo a actividad quirúrgica mayor exclusivamente, así como el pabellón de endoscopías creado con otro propósito y condiciones.

##### (3) Cirugía Mayor Ambulatoria

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), está poco desarrollada en el establecimiento y asociada, en mayor medida, a la cirugía infantil donde alcanza hasta un 48% de la actividad quirúrgica, representada por hernias, fimosis, y otras intervenciones menos frecuentes.

En adultos la actividad ambulatoria llega al 15%, y esto fundamentalmente gracias a algunas prestaciones oftalmológicas como cataratas, y otras. En ORL la CMA es casi nula, en Traumatología es escasa y se reduce a la extracción de elementos de fijación.

En cirugía general de adultos, no existe un programa permanente desarrollado de CMA, por falta de recursos de pabellón, personal de Enfermería y de gestión para llevarlo a cabo adecuadamente. Se implementó desde el 2006 un Plan de CMA infantil en el Hospital de Limache, aprovechando las instalaciones disponibles de ese establecimiento. También se efectúan allí intervenciones de hernias de adulto que durante los años 2007 y 2008 fueron intervenidos en las mañanas, siendo dados de alta en la tarde; pero en el 2009 por déficit de recurso médico se operan en la tarde debiendo pernoctar para ser dados de alta al día siguiente. Se realiza con participación de cirujanos y anestesistas del HSMQ.

##### (4) Atención Dental Primaria y Secundaria

La Atención Dental Primaria no existe en el Hospital San Martín de Quillota después del año 1997 en que hubo una reorganización de la actividad odontológica de la Provincia de Quillota mediante la cual se trasladó dicha actividad a un recinto específico para este efecto construido en el Hospital de La Calera. Se trasladó el recurso Odontólogo. Solo permaneció en éste Hospital un Odontólogo dedicado a la cirugía bucal. Sin embargo existe atención primaria odontológica en la APS de Quillota.

El Servicio de Odontología del hospital quedó reducido después de la reestructuración mencionada a solo un cargo de odontólogo 44 hrs. el que realiza exclusivamente cirugía odontológica, para toda la población de las Provincias de Quillota y Petorca. Su actividad consiste en consultas e intervenciones, siendo lo más frecuentes prestaciones tales como Tercer molar, quistes, extracciones, y otros.

No existen otras especialidades secundarias como ortodoncia, endodoncia ni periodoncia, las cuales, al igual que en el caso de la Odontología de mayor complejidad, deben ser derivados al Servicio de Odontología del Hospital Gustavo Fricke. Tampoco existe Odontología de Urgencia para casos como Trauma dentoalveolar, los cuales deben ser trasladados al HGF.

##### (5) Atención de Salud Mental

Las atenciones de Salud Mental se realizan en la unidad de Salud Mental, ubicada en un edificio independiente, en las instalaciones que antiguamente ocupaba la comunidad religiosa. Allí se atienden tanto adultos como población infanto-juvenil.

Este hospital no cuenta con camas para hospitalización de pacientes psiquiátricos, salvo situaciones de urgencia médica (intentos de suicidio, agitación psicomotriz), los cuales se compensan médicamente en unidad de emergencia y de requerir hospitalización son trasladados a Unidad de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel en Putaendo.

La unidad de salud mental intenta desarrollar un modelo comunitario en red, coordinándose permanentemente con los equipos de salud mental de los establecimientos APS de la zona de cobertura. Actualmente existe en cada consultorio un equipo de salud mental formado por, al menos, un psicólogo, un asistente social y un médico con capacitación en salud mental.

En el caso del Centro de Salud Silva Henríquez de Quillota existe un equipo formado por enfermera, paramédico, psicólogo infantil y médico general con formación en salud mental. Además, en este centro de salud desempeña sus funciones el equipo encargado del Plan Ambulatorio Básico para jóvenes con abuso de alcohol y drogas, programa con referencia provincial y coordinado por la dirección del servicio de salud y financiado por CONACE que da respuesta al problema GES “abuso de alcohol y drogas en menores de 20 años”.

Dentro de este modelo comunitario, los profesionales de la unidad efectúan consultorías mensuales con los equipos de salud mental de los consultorios de Olmué, Hospital de Limache, Silva Henríquez de Quillota, Hijuelas, La Cruz, Hospital de La Ligua, y Hospital de La Calera. Dicha actividad tiene como fin aumentar la resolutividad de los equipos de APS y optimizar la coordinación entre ambos niveles de atención.

Además, la unidad de Salud Mental efectuó, con toda la red, un curso e-learning de referencia y contrarreferencia de Patologías GES de Salud Mental, cuya plataforma virtual se mantendrá activa para todo tipo de consultas, constituyéndose en una comunidad en práctica que permita el contacto y la coordinación permanente con los profesionales de la red.

Por otra parte, la dirección del Servicio de Salud realiza una reunión trimestral con todos los encargados de Salud Mental, una con la Provincia de Quillota y otra con la Provincia de Petorca.

En coordinación con la unidad de salud mental, existen 4 Dispositivos Intracomunitarios de Rehabilitación de mediana complejidad, que apoyan el tratamiento realizado por la unidad y que se encuentran externalizados y cuya licitación y supervisión técnica están a cargo directamente de la dirección del Servicio de Salud:

1.- Hogar protegido: con un cupo de 8 pacientes, a cargo de la ONG Futuro Igualdad. Con ellos se efectúa una reunión mensual de coordinación.

2.- Hospital Diurno: con un cupo de 20 personas, a cargo de la ONG Nexus. Con ellos se efectúa una reunión semanal de coordinación por estar iniciando su funcionamiento.

3.- Centro Diurno: actualmente terminando el proceso de licitación.

4.- Dispositivo de Tratamiento de Alcohol y Drogas: a cargo de ONG Prosain, quien trabaja también con financiamiento de CONACE.

##### (6) Atención Ambulatoria de procedimientos de especialidades como endoscopias, respiratorias, digestivas y cardiológicas.

En la Unidad de Procedimientos Médicos (UPM) se realizan procedimientos diagnósticos tales como endoscopías de esófago, estómago y duodeno, rectoscopías ,procedimientos cardiológicos como ecocardiogramas, test de esfuerzo, electrocardiograma, test de Holter, procedimientos de apoyo respiratorio como espirometría , test de metacolina , mielogramas y cirugías menores dermatológicas. En esta unidad se atienden pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Las horas disponibles son asignadas a los pacientes mediante interconsultas que se reciben en Admisión. Existen cupos establecidos para pacientes hospitalizados.

##### (7) Atención ambulatoria de Imagenología

La imagenología en el HSMQ está representada por la Radiología Convencional y la Ecotomografía. No existe otro recurso imagenológico como TAC, RNM u otros de mayor complejidad.

Su área de influencia, en el ámbito de la mediana complejidad, es toda la población de las Provincias de Quillota y Petorca. Para la radiología básica, sirve a la población de las comunas de Quillota y La Cruz

La Radiología propiamente tal está a cargo del Servicio de Radiología, gestionado por su jefatura y concentra todos sus recursos de equipamiento en el primer piso.

La Ecotomografía, en cambio, se realiza en la Unidad de Procedimientos Médicos (UPM), ubicada en el subsuelo, supervisada por un Enfermero y bajo la responsabilidad administrativa del Jefe de UPM. No obstante esto, los ecotomografistas son los tres radiólogos existentes pero también algunos cirujanos con competencia en esta técnica y dedicados especialmente a la ecotomografía de abdomen que es la más solicitada.

###### (a) Radiología

**Radiología Simple:**

Es la actividad dominante en el hospital, representando más del 90 % de la actividad física de radiología. Recibe demanda por exámenes fundamentalmente de:

* Servicios Clínicos del Hospital.
* Pacientes Ambulatorios (CRD y APS)
* Urgencia U. Emergencia Adulto- infantil

**Radiología de Mediana Complejidad:**

Tiene toda la red de las Provincias de Quillota y Petorca como área de influencia, ya que no se realiza radiología de este tipo en los otros Hospitales de la Red, su actividad desde el punto de vista numérico representa menos del 10 % de la producción del servicio, y se refiere a algunas Rx con contraste solicitadas tanto en cirugía, urología, ginecología, tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios.

###### (b) Ecotomografía

Su principal actividad está enfocada en el paciente ambulatorio, la que se reparte entre CRD y Urgencia (49% vs. 51%).

La ecotomografía de mayor complejidad como Doppler, tiroides, partes blandas y otras específicas están a cargo de los radiólogos.

En derivación a la Imagenología de alta complejidad, el HSMQ no dispone de TAC debiéndose demandar esta prestación diagnóstica al HGF. Para ello se ha acordado un cupo de exámenes (que actualmente son 35), el que es administrado localmente coordinando las horas telefónicamente según listado priorizado por los jefes de los servicios clínicos. Análogamente la Resonancia Nuclear Magnética debe ser solicitada al único hospital público que la posee, el Hospital Carlos Van Burén, el cual otorga cupos mensuales que deben ser visados por Jefes de Servicio y Subdirector. Es decir, son recursos que se gestionan desde la oferta de cupos, con independencia de la demanda que haya sobre ellos.

##### (8) Atención Ambulatoria de Laboratorio Clínico

El proceso de apoyo al diagnóstico con determinaciones de laboratorio para el paciente ambulatorio se ejecuta por orden del médico que lo atiende en el CRD o en otro establecimiento de la red.

El proceso de toma de muestras de las personas atendidas en el CRD se efectúa en dependencias de Laboratorio. La toma de muestras de los establecimientos de APS se efectúa en los lugares de origen, por lo que el Laboratorio recibe muestras diariamente de 2 consultorios y 3 veces a la semana de otros 5, incluyendo un CECOF; 2 veces a la semana se recibe, además, muestras para VDRL de El Melón y La Cruz . Si se considera el mes de Octubre del 2009 se recepcionaron las muestras de 2.266 pacientes de la APS.

El procesamiento de las muestras se efectúa en el Laboratorio Clínico del Hospital, en las distintas secciones, donde también son procesadas las muestras provenientes de hospitalizados y pacientes atendidos en la Unidad de Emergencia.

Los exámenes que están fuera de la Cartera de Servicios se envían a los Laboratorios de los hospitales definidos por la Red.

##### (9) Atención ambulatoria de medicina física y rehabilitación

La unidad de Kinesiterapia y Rehabilitación ocupa una edificación independiente en el patio del hospital. En ella atiende pacientes ambulatorios y algunos hospitalizados que se logran desplazar. Su actividad fundamental es la kinesiología y medicina física; no se realiza Terapia Ocupacional.

El ingreso administrativo a la Unidad es a través de Admisión, que recibe las interconsultas y las entrega al jefe de Kinesiología, quien las audita y prioriza; luego vuelven a Admisión para dar las horas considerando aquellas patologías que requieren atención inmediata/urgente, en especial las derivadas de Traumatología y Neurología.

La labor de esta unidad está ligada a la posibilidad de concurrencia de los pacientes, los que, por sus condiciones físicas y sociales, deben ser transportados en vehículos de diverso origen.

No existe lista de espera actualmente, lo que se debe en buena parte al efecto multiplicador del Recurso Profesional que han ejercido los Internos de Kinesiología procedentes de dos Universidades de la Región, los que son supervisados por el Equipo de Kinesiólogos de planta.

También se da atención Profesional kinésica a pacientes en el lugar de hospitalización, en los servicios de medicina, pediatría, cirugía y pensionado, especialmente a pacientes post operados y o postrados con patología respiratoria y de extremidades, tanto para prevención de tromboembolismo, prevención y manejo de patología respiratoria, como para rehabilitación motora.

En la Red del Hospital existen Kinesiólogos en Consultorio Miguel Concha, San Pedro y La Palma y en La Calera, Limache y Olmué. Sin embargo, algunos pacientes de estas localidades se atienden en este hospital por la coordinación existente especialmente entre los traumatólogos y la unidad.

##### (10) Atención Ambulatoria de Unidad de Medicina Transfusional (UMT)

El Banco de Sangre se ha transformado en Unidad de Medicina Transfusional (UMT) a contar del 1º de Julio de 2008; por lo tanto, se atiende dadores sólo los días Martes y Jueves, y la sangre recolectada se envía al Centro de Sangre de Valparaíso, donde se procesa.

En la Unidad se mantiene un stock que se completa con los pedidos que se hacen los mismos días en que se lleva la sangre. El stock considera: Unidades de Glóbulos, Unidades de Plasma fresco congelado. Las plaquetas se solicitan en forma especial ya que sólo duran 4 días.

### 4.2. Localización de las Áreas De Flujo Interno

#### a) Hospitalización

La atención de pacientes hospitalizados por la vía electiva y de urgencia se realiza en:

* Área Infantil: [Pediatría](#_Toc40166884), [Neonatología](#_Toc40166883), y [Cirugía Infantil](#_Toc40166885)
* Área Médica: [Medicina](#_Toc40166887) Interna ,Cardiología, Nefrología, Neumotisiología, Neurología
* Área Quirúrgica: [Cirugía Adulto, Traumatología, Urología, ORL, OFT y Ginecología](#_Toc40166890)
* [Área de la mujer: Obstetricia](#_Toc40166890)
* [Pensionado](#_Toc40166890)

La estructura de estas áreas clínicas y unidades está dada por el DL 140/2004; están a cargo de un Jefe de Área; cuentan con personal, planta física asignada e inventarios de mobiliario y equipamiento médico.

En este momento se está aplicando la Atención Progresiva según categorización de pacientes en 171 camas .No se está efectuando la categorización en Neonatología y Puerperio; se cuenta con camas de Cuidados Básicos, Cuidados Medios y Camas UTCIM.

Los servicios clínicos bajo esta forma tradicional de organización no definen clientes, tampoco existe un plan estratégico que lo defina. Sin embargo, en términos operacionales hay alguna consideración de cliente:

* Paciente Individual: Se monitorea Satisfacción e indicadores técnicos de calidad (infecciones intrahospitalarias, complicaciones, días de estada, etc.)
* Otros Servicios: Mediante la actividad de interconsultores, sin embargo no existe monitoreo de satisfacción de dicha actividad.

**Instrumentos y Procedimientos de Acceso**

Si consideramos los ingresos a la atención cerrada, estos provienen de: Unidad de Emergencia; otros hospitales; Centro de Referencia Diagnóstica; y otros tales como pacientes libre elección y recién nacidos que se hospitalizan. Por la Unidad de Emergencia ingresa el 70% de los pacientes incluyendo en ellos los traslados de otros hospitales. En el caso de los ingresos por el CRD, el acceso está administrado por la Unidad de Admisión pero está definido por los jefes de áreas quienes priorizan las listas de espera, según criterios establecidos.

El Área Gineco-obstétrica y Cirugía infantil tienen implementado un sistema de registro en cuadernos donde se planifica la hospitalización según horarios establecidos de pabellón.

El Área Quirúrgica prioriza las hospitalizaciones según horas de pabellón, complejidad de la intervención y disponibilidad de horas médicas; se tiene el registro de pacientes en lista de espera, se llama a los pacientes por teléfono indicándole fecha y hora de hospitalización, ingresan previo registro en admisión quien gestiona la entrega de ficha al área de atención cerrada correspondiente. Si el ingreso es domingo o festivo los trámites se efectúan antes y se deja la ficha en el área correspondiente.

**Sistemas de Control**

El hospital cuenta con sistemas de monitoreo de indicadores clásicos de actividad hospitalaria (Índice Ocupacional, Índice de Rotación, Índice de Sustitución Promedio de días de estada), los que se entregan mensualmente a cada área clínica no existiendo una intervención sistemática a las prácticas cotidianas según estos indicadores, excepto que todo paciente que tenga más de 10 días de hospitalización es informado a Subdirección Médica quien solicita explicaciones respecto a las razones de la estadía prolongada, además se efectúa una auditoría programada en Mayo, Agosto y Noviembre a las fichas de estos pacientes, por la Unidad de Auditoría del hospital.

Se efectúa un monitoreo permanente de las prestaciones valoradas, compromisos de gestión y metas sanitarias en las que están incluidas actividades de atención cerrada y abierta.

Actualmente se utiliza el WINSIG sistema de distribución de gastos que se entrega mensualmente a los Centros de Costos y que permite controlar de manera efectiva y real el gasto y la producción definida para la unidad. También costea distintos productos en relación al gasto por Centros de Costos, todo lo cual es un efectivo medio de control. Esta información está disponible y se entrega periódicamente, y es utilizada heterogéneamente por algunos jefes de servicio y/o enfermeras, y matronas supervisoras con fines de gestión.

Se monitorea como indicador de calidad de atención las infecciones intrahospitalarias, las que se encuentran asociadas a metas bien establecidas y conocidas por todos, y se intervienen oportunamente.

El desarrollo de protocolos por patología sigue siendo incipiente, y no constituye una práctica habitual la vigilancia del cumplimiento de protocolos (con algunas excepciones).

**Sistemas de Contra derivación**

No existen prácticas sistemáticas de contra derivación, que pudiera contribuir a una expresión de acción en red que optimizara el uso de cama del hospital. El registro de traslados existe como dato, pero no se ha utilizado para generar información útil para la gestión de red.

El rol de los servicios clínicos respecto de la práctica de la especialidad en los otros niveles de atención no está claramente definido; se limita a algunas expresiones de colaboración y capacitación, sin que ello llegue a constituir una red de apoyo de la especialidad, con perspectivas de desarrollo entre los establecimientos sobre la cual opere un sistema de derivación y contraderivación efectivo.

#### b) Pabellones Quirúrgicos y Unidad de Anestesia

Unidad centralizada de atención continua que presta atención tanto electiva como de urgencia a todas las especialidades quirúrgicas del establecimiento. Estas son: cirugía de adultos e infantil, gineco-obstetricia, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, y urología, las cuales envían a sus médicos especialistas a realizar sus respectivas intervenciones.

Sus recursos:

Planta física: 5 Pabellones Quirúrgicos completos, con equipamiento médico, e instrumental quirúrgico.

Recursos Humanos: Anestesiólogos, 2 cargos 22/28hrs., 3 cargos 11/28 hrs. ,1 cargo 28hrs., 1 cargo 44 hrs., 1cargo 22 hrs., 2 Enfermeras, 26 Paramédicos, 2 auxiliares de servicio, 1 auxiliar de aseo (empresa externa), y 1 secretaria.

Funcionamiento: Durante el horario hábil coexiste atención de urgencia permanente en un pabellón con actividad de los otros cuatro pabellones electivos. En cuanto a atención electiva Se organizan alternadamente las especialidades para darle un uso a la capacidad instalada desde las 08 hrs. a las 17 hrs. de lunes a viernes. El personal existente permite mantener e n funcionamiento 5 pabellones hasta las 13 hrs. A partir de ese horario quedan 3 pabellones hasta las 17 hrs. En caso de ser imperioso puede realizarse un cuarto pabellón en desmedro de actividad logística interna. A partir de las 17 hrs., queda personal para Emergencias (4 paramédicos y un auxiliar de servicio hasta las 20 hrs. y posteriormente 3 paramédicos hasta las 08hrs.) Esta dotación permite un pabellón de urgencia para uso de las unidades de emergencia adulto, infantil y ginecobstétrica.

La actividad quirúrgica electiva incluye tanto las intervenciones programadas por los diferentes servicios, como los programas especiales POA, GES, y actividad privada (Pensionado).

Los médicos anestesiólogos, además de la actividad interna de pabellón, prestan servicio fuera de éste en actividades como: anestesia regional del parto, reanimación en apoyo a la Unidad de Emergencia, instalación de vías venosas centrales en servicios clínicos, evaluación preanestésica en pacientes de riesgo, y otras.

En casos de urgencia con múltiples víctimas o la concomitancia de más de una cirugía de urgencia, el médico jefe de turno coordina en conjunto con el anestesiólogo el desplazamiento interno de personal para cubrir estos requerimientos.

La CMA, constituida especialmente por Cirugía Infantil y Cataratas, se efectúa en los Pabellones Quirúrgicos. Cirugía Infantil planifica su tabla con anticipación en el CRD; los niños se llevan a Pediatría, donde se preparan ocupando 2 camas ambulatorias; al salir de pabellón vuelven a Pediatría hasta su alta. Los pacientes de oftalmología son preparados en el box de la especialidad y son llevados hacia el pabellón, volviendo al mismo hasta su alta.

### 4.3. Organización Interna

#### a) Estructura Directiva

El HSMQ ha seguido las recomendaciones MINSAL en términos de ajustar su organización a los requerimientos de la Reforma y de particularmente aquellos vinculados con los hospitales autogestionados y el Decreto 140, en este contexto, cuenta con una estructura que pudiendo ajustarse los próximos años representa el modelo base que se seguirá.

El hospital cuenta con una estructura basada en 6 Centros de Responsabilidad, los que han sido identificados y organizados de acuerdo al tipo de proceso que llevan a cabo. Estos Centros de Responsabilidad (CR) son:

1. Dirección y Unidades Asesoras
2. Subdirección Médico Asistencial
3. Subdirección de Gestión de Cuidados al Paciente
4. Subdirección de Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento
5. Subdirección de Recursos Humanos
6. Subdirección Atención al Usuario y Participación Social

A continuación se presenta el organigrama y se describen las funciones del responsable de cada CR.

##### (1) Director

Programar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar todas las actividades del Hospital para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual, sin perjuicio de las facultades que el Director de Servicio le delegue, tendrá las siguientes atribuciones:

* Elaborar y aprobar el Plan Anual y los Programas de Actividades del hospital y coordinar controlar y evaluar su ejecución cuando corresponde.
* Organizar la estructura interna del Hospital y asignar los cometidos y tareas a sus dependencias, de acuerdo a las normas e instrucciones impartidas sobre la materia por el MINSAL y el Director del Servicio.
* Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia.
* Proponer al Director de Servicio un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley Nº14698



* Estudiar y presentar al Director del Servicio iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento.
* Condonar en casos excepcionales y por motivos fundados, los pagos que deben efectuar los beneficiarios por las prestaciones que reciban, cuando el Director del Servicio le haya delegado esa facultad.
* Dictar las normas y manuales de funcionamiento de las dependencias del hospital.
* Velar por la efectiva coordinación y complementación entre las acciones asistenciales y administrativas.
* Constituir unidades asesoras tales como: Consejo Técnico Asesor, Consejo Consultivo; Comités: Bioética, Farmacia; Unidades Asesoras: Auditoría, Control de Gestión y Desarrollo, Comunicaciones, Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.
* Evaluar periódicamente la gestión asistencial y administrativa del Establecimiento, informando al Director de Servicio sobre sus resultados.
* Celebrar con la aprobación del Director de Servicio, convenios con profesionales de la salud, que sean funcionarios del SNSS y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales, cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada del Director de Servicio se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Servicio.
* Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento que le delegue el Director de Servicio.
* Ejecutar acciones de Salud Pública , de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes , según las indicaciones del Director de Servicio
* Velar porque se elaboren en forma completa y oportuna los informes que requieran los Tribunales de Justicia.
* Adoptar las medidas necesarias para prestar apoyo y colaboración a la APS.
* Velar por la elaboración y aprobar en su oportunidad los planes de seguridad y emergencia del establecimiento y cautelar su permanente actualización y operatividad.
* Velar por la producción asistencial del hospital, ajustándose a las normas técnicas que el MINSAL imparta y a los recursos que se disponga para ello.
* Desempeñar las demás funciones y tareas que le encomiende el Director de Servicio

El Director tiene bajo su dependencia directa a los encargados de: Subdirección Médico Asistencial, Subdirección de Gestión del Cuidado al Paciente, Subdirección de Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección Atención al Usuario y Participación Social.

El Director será asesorado por: Consejo Consultivo de Usuarios, Consejo Técnico Asesor y Comités de Bioética, Farmacia y GES. Tiene Unidades asesoras a su cargo, ellas son:

- Jurídica

- Unidad de Auditoría, conformada actualmente por una Auditora Administrativa y una Auditora Clínica.

- Unidad de Control de Gestión, Información y Desarrollo conformada por Gestión de la Información y Desarrollo Informático.

- Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente conformada por Infecciones Intrahospitalarias, Vigilancia Epidemiológica.

- Comunicaciones, encargada de Relaciones Públicas internas y externas, y Comité Editorial Boletín

##### (2) Subdirección Médico Asistencial

* Asesorar y colaborar con el Director en la formulación y cumplimiento de los programas y acciones de orden asistencial que deba realizar el establecimiento;
* Coordinar, supervisar y controlar los servicios clínicos de Atención Cerrada, Atención Abierta, Unidad de Emergencia y unidades de apoyo del hospital así como las funciones de apoyo profesional y la colaboración médica en el establecimiento;
* Estudiar y proponer los programas específicos de dichos servicios y unidades que le someten sus jefaturas;
* Coordinar y supervisar con la Unidad de Gestión del Cuidado del Paciente, la distribución del personal entre los distintos servicios clínicos unidades de apoyo:
* Controlar y evaluar el cumplimiento de las metas y objetivos programáticos aprobados por la Dirección;
* Velar porque el trabajo de los funcionarios de su dependencia se realice según los estándares de calidad vigentes y en las condiciones que aseguren la mejor atención posible de los pacientes;
* Promover el perfeccionamiento constante y la mejora de los procesos clínico-administrativos;
* Organizar, supervisar y controlar acciones de integración técnica con la Atención Primaria de Salud;
* Supervisar el funcionamiento de una biblioteca destinada a mantener al día en sus conocimientos al personal profesional y técnico del hospital, y cuya organización y actividad se ajustará a las normas que dicten al efecto;
* Liderar y mantener en funciones los comités de Farmacia, Transfusiones, Capacitación Ley Médica y Bioética.
* Desempeñar las demás funciones y tareas que le encomiende el Director en las materias de su competencia.
* El Subdirector Médico subrogará al Director del Hospital en caso de ausencia o impedimento. De él dependerán directamente los servicios clínicos, las unidades de apoyo, tanto clínico terapéutico, como diagnóstico, el Servicio Dental y el Pensionado, éste último, en los casos que proceda.

##### (3) Subdirección de Gestión de Cuidados del Paciente

* Formar la programación anual de la gestión del cuidado del establecimiento, en concordancia con las orientaciones emanadas de la Unidad de Gestión del Cuidado del Servicio de Salud.
* Organizar, coordinar, supervisar y evaluar la aplicación de protocolos y estándares de calidad en la gestión del cuidado en concordancia con la Unidad de Gestión del Cuidado del Servicio de Salud.
* Organizar, coordinar y evaluar la aplicación de los programas de capacitación y actualización para el equipo de enfermería del establecimiento.
* Elaborar, organizar y evaluar, programas de educación e información al paciente y grupo familiar.
* Participar en la definición de las necesidades de recursos de personal profesional, técnico, de servicio y administrativo así como en la formulación de perfiles ocupacionales para dichos cargos y en los procesos de selección de personal.
* Proponer especificaciones técnicas en materia de recursos físicos, insumos, material clínico y equipos necesarios para la gestión del cuidado de los servicios y unidades del establecimiento y atención domiciliaria.
* Programar organizar y coordinar la redistribución de personal profesional y técnico de enfermería entre servicios clínicos y unidades de apoyo, para garantizar la continuidad y calidad de los cuidados según necesidades del establecimiento.
* Impulsar estudios e investigaciones en el área de la enfermería.
* Formular propuestas al director, subdirectores, jefes de servicios y otras jefaturas que los requieran, en todas las materias de enfermería.
* Calificar el diseño de todo el personal de enfermería profesional y técnico.

##### (4)Subdirección de Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento

* Difundir permanentemente las políticas, normas e instrucciones que impartan las autoridades correspondientes.
* Programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de la Subdirección.
* Controlar y evaluar la calidad de la gestión de los recursos físicos y financieros.
* Velar por la eficiente organización y funcionamiento de la unidad, de acuerdo con las normas generales relativas al establecimiento y proponer al Director del Hospital las disposiciones internas que las complementen.
* Promover y aplicar un sistema de coordinación permanente con las unidades dependientes y otras dependencias del establecimiento, a través de reuniones técnicas conjuntas u otros medios;
* Preocuparse de la renovación y mantenimiento de los equipos e instrumental, según las necesidades técnicas del servicio.
* Practicar una vez por semana, a lo menos, una visita técnica-administrativa a todas las dependencias del establecimiento.
* Realizar las evaluaciones periódicas de las actividades de las unidades dependientes, formulando las observaciones pertinentes en los informes respectivos.
* Garantizar la buena calidad de los servicios entregados.
* Jerarquizar y distribuir con precisión las distintas funciones y responsabilidades de todos los integrantes del equipo de salud de la Subdirección.
* Participar en la gestión de la Dirección del Hospital, aportando su esfuerzo e interés para la mejor marcha del establecimiento, e intervenir activamente en las reuniones, Consejos técnicos, comités o comisiones que le corresponda integrar.
* Elaborar y proponer a la Dirección del Hospital, las normas técnicas necesarias para la adecuada ejecución de las funciones de las unidades dependientes.
* Preocuparse especialmente de resolver situaciones imprevistas de cualquier naturaleza que se planteen en las unidades dependientes, impartiendo y adoptando las medidas que procedan para solucionarlas.

##### (5) Subdirección de Recursos Humanos

El Jefe de velará porque la unidad cumpla con las siguientes funciones:

* Proveer los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del Hospital dentro de las normativas vigentes.
* Velar por entregar a los funcionarios herramientas de capacitación que permitan mejorar sus conocimientos y adaptarse a los nuevos cambios del entorno.
* Procurar que los funcionarios desarrollen su trabajo en un medio ambiente y condiciones de seguridad.
* Mejorar constantemente la calidad de vida funcionaria a través de acciones que promuevan un clima laboral adecuado.
* Velar por el funcionamiento de los comités: MEL, de salud de los funcionarios, paritario, de bienestar y de capacitación.
* Velar por el cumplimiento del presupuesto anual asignado para el gasto en RRHH.
* Asesorar al Director del establecimiento en materias relacionadas con la gestión del personal.
* Entregar los informes que se requieran sobre información relacionada con el recurso humano del hospital.
* Entregar soporte, servicio, información y asesorar a los centros de responsabilidad para una gestión descentralizada de los RRHH acorde a los requerimientos de la organización.
* Velar por el pago correcto y oportuno de los sueldos de los funcionarios.
* Entregar a los funcionarios en forma oportuna la información o certificación que soliciten.
* Velar por la privacidad de la información de los funcionarios.
* Procurar sistemas de reclutamiento y selección que permitan obtener a las mejores personas para integrarlas al Hospital.
* Observar los indicadores de ausentismo y aplicar medidas de solución a sus causas.
* Promover la participación, destacando el rol del funcionario como cliente de este departamento.
* Procurar el cumplimiento de las Metas sanitarias asociadas al área.
* Procurar el cumplimiento de los Compromisos de gestión asociados al área.

##### (6)Subdirección Atención al Usuario y Participación Social.

* Formular la programación anual del área de Gestión al Usuario y Participación Social del establecimiento, en concordancia con los lineamientos generados desde el MINSAL.
* Creación de Políticas orientadas a la Humanización de la Atención a los Usuarios hospitalarios.
* Elaboración de Programas que promuevan la Participación ciudadana entre los usuarios del hospital.
* Cumplir compromisos de Gestión asociados al área de Gestión del Usuario y Participación Social.
* Formular la programación anual del área de Gestión al Usuario y Participación Social del establecimiento, en concordancia con los lineamientos generados desde el MINSAL.
* Organizar, coordinar y supervisar el cumplimiento de los programas y lineamientos emanados desde el MINSAL respecto a la Gestión del Usuario y Participación Social.
* Entregar una atención humanizada e informada a través del trato amable, la atención digna y oportuna.
* Organizar, coordinar y evaluar programas de capacitación en la comunidad y en los funcionarios en relación a Gestión del Usuario y Participación Social.
* Elaborar y organizar, programas de educación e información al paciente, la familia y la comunidad en relación a Gestión del Usuario y Participación Social.
* Proponer especificaciones técnicas en materias de recursos físicos asociados a los usuarios con el fin de mejorar su atención, comodidad y seguridad.
* Impulsar estudios de investigación e innovación en las áreas de Gestión del Usuario y Participación Social.
* Satisfacer las necesidades psicológicas, sociales y/o físicas de los usuarios, no consideradas habitualmente, resultantes de adquirir la condición de pacientes, de familiar y/o amigo del mismo, complementando asía la atención clínica y administrativa tradicional del hospital.
* Crear canales de comunicación efectivos y también afectivos entre el usuario y el hospital.
* Colaborar con los directivos del establecimiento en la detección de problemas en la atención de los usuarios y en la búsqueda de medidas de solución correctas.
* Atender los requerimientos de acogida – recepción, orientación, información – derivación, y de entrega de percepciones (solicitudes ciudadanas, felicitaciones y sugerencias, estudios de satisfacción, Trabajo con la Comunidad: Consejo Consultivo de Usuarios, Diálogos Ciudadanos, Mesas de trabajo con la comunidad, etc.) derivadas de la atención ofrecida a los pacientes, sus familias y/o amigos, usuarios del hospital.
* Proponer y mantener instancias permanentes de participación social que permitan recibir la opinión de los usuarios y la comunidad sobre la calidad de las prestaciones que se Otorgarán y propuestas para su mejoramiento.
* Evaluar continuamente el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención prestada por el establecimiento de acuerdo a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud.
* Entregar atención a las necesidades psicoafectivas, espirituales y materiales del paciente y su grupo familiar.
* Responder a los requerimientos socioterapéuticos y de apoyo del paciente, su familia y/o amigos.
* Organizar, coordinar y supervisar el desarrollo de las comunicaciones internas y externas del hospital de acuerdo a los lineamientos que la institución defina.
* Organizar, coordinar y supervisar el trabajo efectivo de la secretaría y oficina de partes con el fin de apoyar las labores del Consejo Técnico Asesor, del Director y de los diferentes CR del hospital.
* Organizar, coordinar y supervisar la aplicación de programas de atención social a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y otros y su grupo familiar.
* Organizar, coordinar y supervisar la adecuada prestación de los servicios de cuidado infantil a niños y niñas asistentes al jardín infantil.

#### b) Gestión Clínica

Si se define la Gestión Clínica como el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos, siendo su objetivo último el ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, e integrar esta mejor práctica clínica con el mejor uso de los recursos disponibles, podemos decir que el Hospital ha ido avanzando paulatinamente en el cumplimiento de estos objetivos.

Es así como se ha implementado la Subdirección de Gestión del Cuidado; ha habido avances significativos en la implementación de Protocolos GES y no GES, gestión de farmacia con la implementación de Dosis Unitarias y Perfil Farmacológico, trabajo de coordinación con la APS y Hospitales de la Red en protocolos de referencia y contra referencia.

##### 

##### (1) Unidades de Apoyo Clínico

Las actividades de apoyo clínico están en el hospital organizadas en unidades independientes bajo dependencia administrativa de la Subdirección Médico Asistencial. Todas ellas, al igual que las áreas clínicas y el CRD tienen una doble responsabilidad:

* Apoyar la actividad clínica del hospital
* Apoyar la actividad clínica de la red

Esto implica que por un lado, deben resolver los procedimientos de **baja complejidad** que directa o indirectamente (a través de los servicios clínicos) demandan las comunas de Quillota y La Cruz y, por otro lado, deben responder a las necesidades de mayor complejidad del resto de la Provincia de Quillota y la de Petorca.

###### (a) Laboratorio y Unidad de Medicina Transfusional (UMT)

El Laboratorio del HSMQ está orientado a satisfacer la demanda interna del hospital, y la APS municipal. Actualmente cuenta con 24/24 horas de Tecnólogo Médico quien junto con 1 paramédico en sistema de 4º turno cubren la urgencia de Laboratorio y UMT; realiza exámenes de baja y mediana complejidad. Los exámenes de laboratorio de alta complejidad se deben demandar a la red (HGF y Van Buren). Laboratorio y UMT tienen una jefatura única.

En relación a la UMT, sus clientes varían según el producto que estemos analizando:

* Transfusión de Hemoderivados: Servicios Clínicos y Unidades del Hospital San Martín.
* Atención de Donantes.
* Exámenes: Clasificación de grupos, Serología de Chagas, VIH, Coombs directo e indirecto, Pruebas Cruzadas, Anticuerpos irregulares, Crioaglutininas. Se consideran clientes los distintos servicios y Unidades del Hospital, así como también los consultorios de APS de la comuna.

###### (b) Imagenología

La descripción de esta unidad y sus procesos, incluidos los de atención cerrada, están en el capítulo de la atención ambulatoria.

###### (c) Anatomía Patológica

Esta unidad de apoyo está orientada a responder a las necesidades de la atención cerrada y abierta del hospital y también recibe biopsias directamente de los hospitales de la red. Ambas actividades representan el 99,8% de la actividad del Servicio, las que se reparten en forma más o menos simétrica en términos de actividad (47% citodiagnóstico vs. 53% biopsias).

El Servicio no trabaja con sistemas de cupos, ni dación de horas; se recibe el 100% de las muestras, de tal manera que la brecha de oferta se expresa sólo en demora en el resultado de los informes, pero no en listas de espera (7 días para biopsias, 15 días para seriados).

Un importante apoyo clínico en términos cualitativos lo brinda este servicio en lo concerniente a las biopsias rápidas o contemporáneas, especialmente en cirugía de mamas, tiroides, digestivo y piel, orientando al clínico para su decisión en el intraoperatorio. El procedimiento de derivación se basa en el envío de la muestra con orden de procesamiento.

##### (2) Unidades de Apoyo Logístico

Los procesos de apoyo logístico son aquellos que permiten mantener las actividades principales del hospital, constituyen aquellas acciones que sustentan y dan el soporte a la actividad clínica. Las unidades asociadas a estos procesos se describen a continuación.

###### (a) Farmacia

Es la unidad encargada de programar, racionalizar y dispensar los medicamentos, y de la elaboración de fórmulas. Su orientación está exclusivamente en las necesidades de los pacientes tanto de atención cerrada como abierta del HSMQ. Interactúa con el resto de la red sólo en la medida de que algún paciente que requiera medicamentos de un arsenal de mayor complejidad sea derivado a un hospital de menor complejidad cuyo arsenal terapéutico no los posea, en cuyo caso este hospital aporta el tratamiento respectivo.

Las actividades de la unidad se dividen en:

* Dispensación. Es la entrega de medicamentos al paciente, y se divide en dos categorías: Paciente Hospitalizado, Paciente Ambulatorio
* Producción. Galénica

Existe un Comité de Farmacia que se reúne periódicamente integrado por jefes de áreas clínicas, el Subdirector Médico, la enfermera de Gestión del Cuidado y la Químico Farmacéutico jefe de la Farmacia, ámbito en el cual se analizan incorporación de nuevos fármacos al arsenal del hospital, reemplazo de unos por otros y cualquier situación análoga.

En relación a fármaco-vigilancia actualmente existe una coordinación establecida con el ISP para informar de medicamentos que han producido reacciones adversas pero no es un proceso en que se participe sistemáticamente con el área médica.

Para la atención de los requerimientos de fármacos del paciente ambulatorio existe una farmacia, dependiente de la Farmacia central del hospital, dispuesta en el CRD. En ella se despachan las recetas de los pacientes en control por patología crónica como de pacientes agudos.

###### (b) Alimentación

El Servicio de Alimentación tiene dependencia administrativa de la Subdirección de Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento, se divide en dos áreas de trabajo: Servicio Dietético de Leche (SEDILE), y la Unidad Central de Alimentación (UCA).

El objetivo central de la Sección Alimentación es proporcionar una alimentación cualitativa y cuantitativamente equilibrada, y de costo racional, a los pacientes hospitalizados. Atiende todos los servicios clínicos que tienen pacientes hospitalizados y al Jardín Infantil. Además, el Hospital aporta almuerzo sin costo para el personal que labora a jornada diurna completa, colación fría a aquel que permanece hasta las 20 horas y colación nocturna fría al personal de permanencia nocturna. Se entregan raciones de lactantes, preescolar, común, liviano, sin residuos, líquidos, hídricos de pensionado, hipoglúcidos, alimentos enterales.

El servicio utiliza el WINSIG como forma de Control de Costos para optimizar la Gestión entregando informes mensualmente.

###### (c) Esterilización

El Servicio de Esterilización es centralizado, se encarga del lavado de material e instrumental, la entrega de materiales, ropa e insumos estériles a todos los servicios clínicos y unidades de apoyo que lo requieren dentro del hospital. Este servicio funciona de lunes a viernes con horario flexible habitualmente hasta las 24 hrs, sábados, domingos y festivos hasta las 20 horas o hasta que sea necesario para poder contar al día siguiente con el instrumental y ropa para las intervenciones programadas de Pabellones. Se está proponiendo un 4º turno, para el próximo año por las necesidades existentes.

No existe equipo de Oxido de Etileno en el hospital y todo el material termolábil se debe enviar a esterilizar a oxido de etileno en hospitales de la red pública y alternativamente a la red privada cuando esto no es posible.

En este servicio existe un programa de mantención preventiva, el cual está a cargo de la Unidad de Equipos Médicos dependiente de Servicios Generales, el cual fue capacitado por el fabricante proveedor de los autoclaves.

Existen protocolos, normas de trabajo, y planes de desarrollo de su Jefatura, a cargo de una Enfermera experimentada y comprometida. La estadística de producción se entrega mensualmente a Informática, y la estadística de control de esterilización y biológico a IIH. Su producción y costos están registrados en el WINSIG.

#### c) Factores Productivos

En concordancia con el Plan Estratégico, el Hospital está centrado en mantener en funcionamiento el recinto hospitalario, conservando el equilibrio financiero y económico logrado en los últimos años, promoviendo al mismo tiempo los cambios necesarios para implementar localmente los lineamientos de la Reforma de la Salud.

Los procesos administrativos pueden entenderse como el conjunto de acciones que posibilitan la acción clínica directa sobre los pacientes. Estos se analizan a continuación.

##### (1) Administración de los Recursos Humanos

Los recursos humanos de los que dispone el hospital están determinados por la Planta de Personal, que es el marco de derivación para las contrataciones. Al igual que en los otros establecimientos de la Red del SSVQ, existe una escasez relativa de personal en comparación a las numerosas tareas y desafíos que deben cumplirse, y también en comparación a la dotación porcentual de otros servicios de salud del país con relación a su población asignada.

El reclutamiento y selección de funcionarios, se realiza a través de concursos cuya metodología está definida en el manual de RRHH confeccionado en el Establecimiento.

Las remuneraciones de los funcionarios son calculadas en la Dirección del Servicio de Salud, con la información proporcionada por el Hospital. El pago de las horas extraordinarias y de las suplencias y reemplazos se efectúa en planillas por separado de los sueldos mensuales.

El Hospital provee de alimentación a todos sus funcionarios sin costo para ellos. A las personas en turno, además, se les entrega una colación fría. También se entrega colación para los funcionarios que salen en traslados, fuera de la ciudad. Además, el Hospital proporciona uniformes a todo su personal, con periodicidad variable de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

La administración de la Ley 16.744 (Accidentes y Enfermedades Profesionales) para los funcionarios se hace en coordinación con la Unidad de Prevención de Riesgos (UPR) del Servicio y la participación funcionaria en el Comité Paritario de Higiene y Seguridad. Actualmente se cuenta con la presencia de una prevencionista en riesgos dos días a la semana. Los accidentes del trabajo son analizados por miembros del Comité Paritario o por la prevencionista; si son pertinentes se envía la información a la UPR del servicio. La información sobre la accidentalidad del personal orienta los planes de intervención específicos para disminuir este elemento de pérdida social y económica.

La evaluación del desempeño se efectúa de acuerdo con la reglamentación de Calificaciones establecida por el Servicio de Salud, con las limitaciones que impone por el hecho de estar asociado a estímulos económicos.

Acciones de reconocimiento y estímulo a la labor funcionaria son:

* Celebración del Día del Hospital.
* Reconocimiento al Mejor Funcionario Médico y No Médico en la ceremonia de la Cuenta Pública.
* Galvano por 25 años de Servicio a todos los funcionarios
* Acciones de apoyo al personal:
* Jardín Infantil.
* Club Escolar.
* Servicio de Bienestar Social.
* Médico para la atención de funcionarios.
* Club Deportivo y la asignación de cancha para práctica de Deportes.
* Biblioteca de Bienestar

Desarrollo del Recurso Humano, carrera funcionaria y movilidad interna.

En general la Carrera Funcionaria, medida por los ascensos de grado, es lenta; esto puede deberse al escaso estímulo que el personal tiene por desvincularse de la institución y acogerse a retiro, dadas las precarias condiciones de las pensiones de las personas que pertenecen a las AFP. Por otra parte, se encuentra reticencia de los funcionarios profesionales por ser nombrados en cargos de jefatura o supervisión de servicios, dado que no hay incentivos que los motiven para asumir estas responsabilidades.

En movilidad interna debe destacarse la reticencia del personal de Unidades de Emergencia, a desplazarse a otros servicios o unidades sin Ley de Urgencia. Esto impide la normal y deseada ubicación en unidades menos exigentes a las personas que envejecen, lo que repercute en motivación al trabajo, clima laboral, ausentismo por enfermedades, accidentalidad funcionaria y, por último, pero no menos importante, en la calidad de los servicios prestados.

Capacitación.

El Hospital dispone de dos Comités de Capacitación, uno para la Ley Médica y otro para la ley de funcionarios no médicos, dependiente de Recursos Humanos, los que se encargan de la implementación y registro de lo planificado para capacitación.

El Plan Anual Capacitación (PAC) resulta de una determinación del Comité Local de Capacitación, en base a la detección de necesidades de los funcionarios del hospital, las cuales deben enmarcarse en los lineamientos ministeriales respecto a las competencias laborales y debe ser aprobado por el comité del nivel central (SSVQ)

Clima Laboral.

Las relaciones con los Gremios del hospital son en general cordiales y sus preocupaciones han sido la capacidad de entregar soluciones a los pacientes y las posibilidades de desarrollo profesional para sus afiliados. Mensualmente se efectúan reuniones multigremiales con la dirección del establecimiento.

Desvinculación.

Existe un Plan de desvinculación de la DSS, que incluye programas de preparación al evento. Es frecuente que los funcionarios difieran su acogida a jubilación esperando ascensos u otros sucesos que eleven su pensión futura.

En los funcionarios de menor grado, paramédicos, administrativos o auxiliares, no se observa éxodo, sin embargo éste es más frecuente en el ámbito médico por razones de mercado. Los niveles inferiores del estamento ven al Hospital como fuente laboral estable, de menor riesgo de cesantía que el empleador privado.

La desvinculación forzada por el empleador es una ocurrencia rara en el Hospital, aún cuando el personal a contrata es proporcionalmente significativo.

Optimización de Recursos Humanos.

Actualmente se lleva un control y seguimiento de ausentismo por licencias curativas y por accidentes del trabajo; se ha observado una baja considerable en el número de días de ausentismo por licencia en el área médica, donde se ha aplicado el Modelo de Atención Progresiva; .junto a un aumento de personal, se ha trabajado en la reconversión de personal y se ha reforzado el concepto de polifuncionalidad.

##### (2) Administración Financiera

Contabilidad y Presupuesto

Los ingresos propios del Hospital representan alrededor de un 12% del total de ingresos del Hospital; el grueso del dinero proviene de las transferencias de dinero desde el MINSAL, acorde con un presupuesto anual definido. Estas transferencias suelen llegar diferenciadas en PPV (prestaciones valoradas) y PPI (prestaciones institucionales) para las cuales no están definidos sus valores. Esta falta de especificación de las PPI es lo que dificulta la gestión financiera al desconocerse la correlación entre la actividad efectuada y lo recibido en dinero.

Por otra parte, el presupuesto es un marco de disponibilidad con límites precisos, dentro del cual están considerados los aportes para prestaciones valoradas, (PPV), cuyo número anual es meta obligada, y las Prestaciones por Pago Institucional, (PPI), cuyo número es ilimitado en demanda pero limitado en financiamiento.

La Sección de Contabilidad, que incluye la oficina de Inventario, es la encargada de mantener los registros de los movimientos de dinero y de verificar la aplicación de los distintos elementos de control y probidad.

De igual manera, vigila las imputaciones a las distintas cuentas, la disponibilidad presupuestaria y el comportamiento de los indicadores financieros.

Comercialización de los servicios

La entrega de las prestaciones del hospital se efectúa según demanda espontánea, en las Unidades de Emergencia, y por programación en el resto de los servicios. Esta programación, acordada entre los Jefes de Servicio, el Centro de Referencia Diagnóstica (CRD), permite la inscripción para consulta externa, controles y asignación de horas según prioridad clínica a la APS en las distintas especialidades.

La insuficiencia de horas médicas se evidencia por la existencia de listas de espera de interconsultas desde la APS y otros hospitales y el gran número de controles en espera. La programación de la actividad cerrada sufre de variaciones importantes, al ser ocupada la disponibilidad del hospital por pacientes con patología de urgencia; aún así, la programación no ha influido en el cumplimiento de las metas comprometidas en la asignación presupuestaria.

El desbalance oferta/demanda para soluciones quirúrgicas a favor de esta última se expresa en listas de espera que requieren ser gestionadas, considerando vigencia, pertinencia territorial, prioridad por gravedad y hasta derivación a otros centros para su solución.

Los pacientes no beneficiarios, o beneficiarios FONASA grupos C y D, (excepto Adulto Mayor) deben pagar distintos aranceles, según hayan recibido servicios en sala común o pensionado. Este arancel es fijado por resolución de la Dirección del Servicio de Salud.

Se observa que la producción del hospital también comprende acciones intermedias que se ejecutan a pacientes provenientes de la APS o de otros hospitales, (laboratorio clínico, imágenes, esterilización, etc.); se debe revisar el procedimiento para originar las cobranzas cuando sean pertinentes.

Para la comercialización de servicios a otros aseguradores (ISAPRE, Mutuales, INP, etc.) existe una sección dedicada a la facturación y cobranza, Recaudación. Se observa falencias en el seguimiento de lo facturado: es frecuente la objeción parcial a lo cobrado por parte de los aseguradores, lo que debiera ser gestionado a fin de efectivamente percibir el pago de lo que corresponda. En igual sentido, la gestión de facturación y cobranza del Seguro Obligatorio Automotriz.

##### (3) Infraestructura

El establecimiento no cuenta con áreas de Arquitectura y equipamiento industrial, por lo tanto, esta labor ha sido asumida por la unidad de Servicios Generales, con asesoría de las unidades existentes en el Servicio de Salud.

Servicios Generales está a cargo de un Ingeniero Mecánico y tiene como objetivo el proporcionar los servicios de: lavandería, ropería y costura, imprenta, mantención y reparación de equipos médicos e industriales, confección de mobiliario, supervisión de aseo ejecutado por empresa externa, mantención y operación de central térmica, central de gases, supervisión de equipos de oxígeno, supervisión de telefonía e intercomunicación, construcciones al interior del establecimiento y mantención del edificio (gasfitería, techumbres, electricidad, mecánica, ascensores, alcantarillado), mantención de jardines, supervisión de obras ejecutadas por empresas externas, fumigaciones, supervisión y control de extintores, retiro de residuos biológicos y sólidos, operación y supervisión de aducción y potabilización de agua desde pozo profundo propio, y otros de similar naturaleza necesarios para la actividad del establecimiento. También análisis y confección de proyectos de remodelación cuando es pertinente.

Respecto al equipamiento médico, industrial y Red de Comunicaciones, existe la Unidad Equipos Médicos integrada por personal técnico altamente capacitado que está a cargo de las mantenciones preventivas y de las reparaciones que su capacidad técnica les permite, además de un equipo técnico para el manejo de los sistemas de comunicación de voz y datos, lo que ha significado un ahorro de recursos financieros en esta área.

También es importante la participación de Servicios Generales en la organización y logística de eventos propios de la vida hospitalaria como el día 3 de Octubre, fiesta navideña, cuenta pública y otros.

Se valora en la unidad, la capacidad de gestión y resolución de problemas en forma oportuna conforme las disposiciones administrativas lo permitan, cumpliendo un rol destacado en las contingencias relativas a catástrofes y/o accidentes mayores.

Se desarrollan trabajos administrativos internos con el fin de mejorar la administración de los recursos. El servicio presta atención personalizada con mucho trabajo en terreno, el que permite una buena interacción con los usuarios, que son todos los servicios tanto clínicos como administrativos.

La mantención de los jardines del hospital se hace con funcionarios, y el aseo está concesionado a empresa externa, cuyo convenio es controlado por personal de Servicios Generales y por las supervisoras de las unidades; planes específicos de capacitación en Prevención y Control de IIH se han hecho para el personal de aseo.

La infraestructura del establecimiento con 50 años de uso, se ha ido modificando para adaptarla a los requerimientos del nuevo modelo de atención, con el objetivo de optimizar el uso de los espacios existentes.

##### (4) Equipamiento

El equipamiento del establecimiento está inventariado considerando los años de vida útil, las mantenciones preventivas y las reparativas, lo que permite contar con equipos que a pesar de ser antiguos están en buenas condiciones para ser utilizados. Considerando la vida útil de estos equipos existe una constante preocupación de reponerlos mediante la búsqueda de alternativas de financiamiento. Equipamiento tales como ecotomógrafos están centralizados y son empleados tanto por radiólogos, como por cirujanos capacitados en el tema.

##### (5) Insumos

Este recurso productivo está gestionado por el departamento de Abastecimiento, que se encuentra a cargo de un profesional universitario de vasta experiencia. Desarrolla sus tareas en dos áreas:

* Provisión de insumos clínicos y medicamentos.
* Abastecimientos de insumos.

Provisión de Insumos Clínicos y Medicamentos.

El Hospital ha definido un listado de medicamentos o *Arsenal Farmacológico*, con sus alternativas genéricas, para mantener en stock y de uso rutinario. La información del arsenal farmacológico se encuentra actualizada. Las modificaciones al arsenal farmacológico se hacen en el Comité de Farmacia, integrado por los expertos del área.

También se efectúan adquisiciones de fármacos que no están en el arsenal, cuando su uso es crítico e indispensable.

La gestión de compra, recepción, bodegaje y distribución está a cargo de Abastecimiento, supervisado por la Químico Farmacéutico. Se está aplicando dispensación por dosis unitaria a 113 camas y perfil farmacológico a 32.

Abastecimientos de Insumos.

La gestión de compra, recepción, bodegaje y distribución interna de los insumos clínicos y de orden general es efectuada por la Sección de Abastecimiento, dirigida por una Contadora Auditora. El hecho de no contar con deuda hospitalaria mayor a 35 días, le permite al establecimiento realizar una clara y completa evaluación de precios y de otros factores de decisión al momento de adquirir un producto.

En general, el Hospital no tiene problemas de abastecimiento que impidan su normal funcionamiento.

La decisión de compra, respecto de todas las solicitudes efectuadas por las unidades clínicas, se toma por la disponibilidad presupuestaria. Dependiendo del monto son tratadas o no por el Equipo de Dirección del hospital, para priorizar las adquisiciones más importantes con el fin de dar cumplimiento a las demandas de la población.

En este escenario es donde encontramos un plan de adquisición anual, con el fin de realizar una compra programada para el mejor manejo del stock y precios.

El Hospital tiene un Comité de Abastecimiento, con representación clínica y administrativa, donde se estudian las necesidades de incorporación de insumos al hospital y que además evalúa los productos que se están utilizando en los servicios clínicos. Debido a esto se han realizado una serie de reclamos a CHILECOMPRAS por el no cumplimiento por parte de empresas inscritas en el convenio marco.

## 5. Conclusiones Del Diagnóstico[[7]](#footnote-7)

1. **El Hospital San Martín y su relación con los nodos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.**

* En términos generales se puede concluir que la relación del HSMQ con la red asistencial es la que corresponde a un nodo de complejidad baja e intermedia, localizado en el centro de un vasto territorio de la 5ª región interior, que articula con 5 hospitales de menor complejidad y un hospital geriátrico.
* El HSMQ forma parte del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) del SSVQ. Esta instancia asesora al Gestor de la Red, proponiendo como principal estrategia el desarrollo de la gestión de la Red Asistencial. En este sentido se formalizó la Micro Red Quillota Petorca, como una instancia operativa de coordinación de los nodos que la componen; para ello se formó un Consejo de la Micro Red, conformado por los Directivos los DESAM (Departamento de Salud Municipal) y Hospitales Públicos de las provincias de Quillota y Petorca. Las propuestas de salud son desarrolladas por los equipos técnicos locales, los que son convocados por un comité Coordinador de la Micro Red que opera bajo la conducción del consejo, el cual está constituido por el CRD del HSMQ, DESAM Quillota, DESAM La Calera, Hospital Ligua.
* En relación a la APS existe una coordinación permanente con todos los consultorios, para las primeras consultas, ejecución de exámenes de laboratorio, rayos y otros exámenes diagnósticos. Durante la Campaña de Invierno se efectúa reuniones de coordinación semanales con la APS para planificar los recursos, según las fluctuaciones de la demanda. Con la Municipalidad de Quillota existe un convenio para la realización de ciertos exámenes para programas especiales.
* Para la derivación de pacientes complejos se cuenta con el Hospital G. Fricke, Hospital Carlos Van Buren y otros hospitales de Santiago; para algunos exámenes se cuenta con convenios que permiten atención en centros privados

**2. Organización de los Procesos - Hospital San Martín de Quillota.**

* Hospital de Mediana Complejidad que incorpora una Unidad de Tratamiento y Cuidados Intermedio de 7 camas, actualmente en proceso de acreditación, y que además responde a Atención de Baja Complejidad de la Comuna de Quillota y La Cruz, dado que otras Comunas de referencia cuentan con Hospital Tipo 4 en sus áreas.
* El Hospital se organiza según DFL 140/2004 en Centros de Responsabilidad con sus respectivas áreas de atención cerrada y abierta, estando en proceso avanzado de implementación del Nuevo Modelo de Gestión.
* Las camas están sectorizadas por áreas clínicas y formando parte de la Subdirección Médico Asistencial. Están divididas en Área Quirúrgica, Área Médica, Área de la Mujer y Área Infantil. En el Área Quirúrgica se consideran 8 camas de Ginecología.
* Se efectúa Atención Progresiva del paciente; se está categorizando pacientes de lunes a viernes y se cuenta con 127 camas de Cuidados Básicos, 64 camas de Cuidados Medios, 7 Camas UTCIM y 5 camas de post operados, considerando en esta categorización las camas del área infantil y obstétrica.
* Los egresos hospitalarios han disminuido de 12.564 en el 2003 a 10.848 en el 2008, observándose una estabilización los 3 últimos años. El mayor peso que explica esta disminución está dado por Pediatría y Cirugía Infantil; en la primera por el cambio en el perfil epidemiológico y cambio demográfico, y en el caso segundo a la ambulatorización de la Cirugía Infantil. El otro ámbito en que la disminución es significativa es en el área Gineco-Obtetricia, con un aumento en egresos ginecológicos y una franca disminución en los partos, con leve estabilización estos últimos 2 años. Cabe hacer notar que del 2003 al 2008 las camas disminuyen en un 21,7 %, bajando los egresos sólo en un 13,7%.
* Las Cirugías Mayores en el 2003 fueron 5.874 y en el 2008 aumentaron a 5.985.
* La Atención de Consulta Ambulatoria se organiza como actividad dependiente de las Áreas Clínicas, con una composición muy heterogénea de especialidad a especialidad, con pocos recursos de información que permitan una adecuada gestión clínica, con una cultura que solo recientemente empieza a considerar la demanda como criterio central para organizar la respuesta sanitaria centrada en la oferta. El sistema de Cupos instalado ministerialmente a los comienzos de la década a través de Compromisos de Gestión sanciona esa modalidad como central en el uso de los recursos.
* A fines del 2008, con la declaración de la puesta en marcha por parte del Ministerio de Salud del Plan de 90 días y de el abordaje de las Listas de Espera del Sistema de Salud Pública, junto a la ejecución del acuerdo Ministerial con el Colegio Médico de incorporar 500 Especialistas en Especialidades en Falencias, el escenario cambia radicalmente y tensiona al Sistema para transitar desde una Gestión centrada en la Oferta a una Gestión centrada en la Demanda. Por ello se levantan Demandas que el sistema no recogía, se inyectan recursos, tanto públicos como de integración Público – Privada, que empiezan a permitir disminuir brechas en Patologías No GES.
* La Pandemia H1N1 complejiza la respuesta iniciada y declarado en Septiembre del término del Plan de Reducción de Lista de Espera, deja una Deuda Sanitaria que espera respuesta, dado que en el caso del Hospital, sobre 281 pacientes fueron citados y evaluados para ser resuelta su espera de Intervención Quirúrgica, tanto con oferta pública y/o Privada.
* La producción de Cirugía Mayor Ambulatoria es en adulto de 18,2%, dada principalmente por oftalmología, y en niños 40% dado principalmente por intervenciones de hernias y fimosis.
* La Atención de Urgencia entre el 1995 y 2008 tiene un incremento de un 22% (1995 con 94.813 consultas, 2008 con 115.846 consultas) debido principalmente al crecimiento vegetativo de la población, a la mantención de la gestión centrada en oferta, brecha de recursos de especialidades en falencia, incompleto desarrollo del modelo de atención primaria, de la sectorización y medicina familiar, insuficiente desarrollo o inexistencia de filtros en la APS con estrategias utilizadas en otros servicios, como son policlínicos de choque en APS, SAPUS, etc.
* Las herramientas de Gestión Clínica utilizadas son: el monitoreo de los Compromisos de Gestión, Metas Sanitarias, Prestaciones Valoradas Ges y No Ges, Programación Hospitalaria, Análisis de los Indicadores Clásicos de Producción Hospitalaria, Rendimiento Médico y Profesional, Indicadores de Calidad de las IIH, Perfil Epidemiológico, Vigilancia Epidemiológica. Se mantienen en forma permanente Auditorias de Mortalidad, Cumplimiento GES, Calidad de Ficha Clínica, Reuniones Clínicas, Protocolos Médicos y de Enfermería en área de IIH, Esterilización, Medicina Transfusional, Vigilancia Farmacológica, Evaluación Preanestésica, Categorización Camas.
* Gestión de recursos financieros sujeto a la normativa ministerial centrada en la Dirección del SSVQ con poco margen para la innovación y el cambio.
* Gestión de recursos humanos sujetos a la normativa ministerial, con poco margen para la innovación y el cambio.
* Recursos humanos insuficientes para implementar todos los cambios que requiere la implementación del nuevo modelo de gestión centrado en la demanda.

**3. Participación conjunta hospital – comunidad.**

El HSMQ se caracteriza por su gran interacción con la comunidad contando con una red de voluntariados intra y extrahospital liderados por el Hospital.

* Se debe destacar que el HSMQ desde 1996 mantiene un Consejo de Desarrollo, que en la actualidad es el Consejo Consultivo y que agrupa a diferentes organizaciones sociales, vecinales, gubernamentales, deportivas, gremiales, funcionarios y de la Dirección. Este se reúne mensualmente, poseyendo un Plan de Trabajo Anual. Durante el año 2009 este Consejo gestionó su Personalidad Jurídica, con la cual se proyecta una mayor autonomía y la posibilidad de postular a proyectos sociales con financiamiento.
* Se cuenta con una Corporación de Amigos del Hospital muy fuerte organizada y proactiva.
* Programa de Estadías Laborales, que permite que jóvenes de distintos establecimientos educacionales participen en la gestión hospitalaria; al incorporarse los alumnos durante una semana en el quehacer hospitalario, además de conocer la labor que realiza la institución y evaluarla al final de su estadía, reciben una orientación vocacional en cuanto a las profesiones y ocupaciones que se efectúan en éste.
* Programa de Capacitación a agrupaciones vecinales, sociales, con fines de difundir programas y servicios del hospital, además de promover la participación ciudadana.
* Creación de una Sección de Apoyo Espiritual desde el año 1994, la cual permite entregar asistencia espiritual a los pacientes y familiares que lo requieran según credo religioso, cumpliendo de esta forma con las indicaciones establecidas en la Ley de Culto. En la actualidad se cuenta con un horario específico para el ingreso de los representantes de distintos credos, los cuales efectúan a realizar el Apoyo espiritual a solicitud de los pacientes.

**4. Cultura hospitalaria.**

* Altamente desarrollada en relación a valor de las evaluaciones externas y la capacitación: Premio Nacional de la Calidad, Excelencia Hospitalaria, Autogestión, Jornadas clínicas multiestamentarias anuales desde 1990 y de Bioética desde 2004, en forma ininterrumpida.

# III. Propuesta de Modelo de Gestión

De manera consistente con lo planteado al inicio del documento, nuestra propuesta de modelo de gestión refleja la profundización de valores, visiones y líneas estratégicas que estamos desarrollando hoy, por lo que identificamos un proceso continuo de mejoría que considera la revisión y actualización de lo realizado.

## 1. Procesos Estratégicos

Los grandes objetivos estratégicos están enmarcados en los lineamientos ministeriales y sus Objetivos Sanitarios y los establecidos en la Misión del Hospital San Martín de Quillota, que son:

* “Hacer efectivo el derecho a la salud, gestionando eficientemente nuestros recursos con equidad, en un contexto solidario, humano y participativo con la comunidad y trabajadores del establecimiento.
* Promover y recuperar la salud de nuestros usuarios en forma oportuna con EFICACIA, EFICIENCIA Y AMABILIDAD.
* INNOVAR Y ADAPTARNOS a los cambios, desarrollando nuestras actividades con altos niveles de calidad y excelencia.
* Desarrollar la labor docente, motivar la investigación y extender el conocimiento a la comunidad”.

Todo esto se traduce en grandes tareas, que son lograr,

* **Ser un Hospital Público Autogestionado en Red, de alta complejidad, que asegure:**
* Un uso eficiente de los recursos del hospital alineados con la gestión clínica.
* Atención de salud humanizada entendida como un derecho ciudadano.
* Gestión eficiente buscando la mayor rentabilidad social de recursos asignados.
* Democracia, con participación de la Comunidad y trabajadores.
* Transparencia de la gestión.
* Contextualización en el derecho a la salud con solidaridad, universalidad, equidad, accesibilidad, igualdad y gratuidad.
* Gestión en red de prestadores de salud.
* Sustentación técnica y financiera del establecimiento.
* **Amplio desarrollo del Recurso Humano, con:**
* Abordaje integral de la persona.
* Preocupación por el desarrollo personal, capacitación, remuneraciones, previsión y condiciones laborales de los funcionarios.
* Trabajo en equipo con participación, trato digno, fraternal, solidario y tolerante.
* Desarrollo de competencias para la ambulatorización de los procesos clínicos.
* Un recurso humano comprometidos en su labor.
* **Aseguramiento de la Calidad a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente que tiene como líneas de acción:**
* Asegurar la calidad del servicio de toda la cadena de atención.
* Proporcionar una atención segura, disminuyendo la posibilidad de ocurrencia de Eventos Adversos.
* Acreditación de calidad para prestadores institucionales en el marco de la ley de régimen general de garantías en salud.
* Capacidad de innovación y adaptación a los cambios.
* Enfoque de Calidad buscando atención oportuna, eficaz, eficiente y amable.
* Preocupación por la docencia, investigación y extensión.
* Vocación docente con desarrollo integral (docencia, investigación y extensión) en un contexto valórico, para servir al sector público.
* Atención con enfoque integral y familiar centrado en la satisfacción del usuario.
* **Modernización de la gestión:**
* Con autogestión en red, descentralización administrativa por centros de responsabilidad y modelo de atención tendiente a la ambulatorización y atención y cuidados progresivos centrados en las necesidades del paciente.
* Complejización de la atención con recursos humanos y físicos suficientes en un nuevo Hospital.
* Protocolización basada en evidencias sustentables.
* Polos de desarrollo focalizados hacia la complejidad.
* Informatización de los procesos del establecimiento.
* **Activa participación de los usuarios y la comunidad:**
* Concepción integral de la persona en sus aspectos biopsicosociales.
* Participación comunitaria y de trabajadores del Hospital como herramientas de democratización y control social.
* Enfoque preventivo con participación comunitaria y preocupación por el medio ambiente.
* Atención con enfoque integral y familiar.

### 1.1. Diseño Estructural: Organigrama y Fundamentación

Para el HSMQ es un desafío permanente ajustar su funcionamiento a los requerimientos de la población y a los cambios institucionales. En virtud de ello se propone una estructura que da cuenta de manera orgánica de los procesos y macroprocesos que se realizarán en el establecimiento, identificando cinco Subdirecciones: Médico Asistencial; Gestión de Cuidados del Paciente; Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento; Recursos Humanos; y Atención al Usuario y Participación Social

En el capítulo de Centros de Responsabilidad se describe el análisis que da soporte a la propuesta de éstos y su organización.



#### a) Dirección y órganos asesores

La Dirección del establecimiento es la responsable de su gestión global en términos sanitarios, técnicos, administrativos y financieros, para lo cual cuenta con el apoyo de las subdirecciones y de los siguientes órganos asesores:

* Unidades: (1) Auditoría, (2) Jurídica, (3) Comunicaciones, (4) Control de Gestión, Información y Desarrollo, (5) Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente,
* Consejos: (6) Consejos Técnicos Asesores, (7) Consejo Consultivo, (8) Comités (Bioética, Farmacia, Garantías de Salud), (9) Secretaría y Oficina de Partes

A continuación se describe brevemente el rol de cada uno.

##### (1) Auditoría

Este ente asesor realizará auditorías sobre materias que determine el Consejo de Auditoría General de Gobierno, quienes definen objetivos, metodologías a usar y fechas en que serán realizadas; realizará, de manera local o en ejecución mixta con la Unidad de Auditoría del SSVQ, las auditorías solicitadas por el Ministerio de Salud y/o requeridas por la Dirección del Servicio. También realizará las auditorías solicitadas por el Director del Hospital preventivas a los procesos clínicos y administrativos claves del establecimiento, tales como:

* Asistencial: muertes maternas, infantiles y del adulto, estadías prolongadas, gestión y calidad del registro en ficha clínica, traslados a establecimientos de mayor complejidad, entrega de informes de anatomía patológica, utilización de horas médicas, garantías GES, etc.
* Administrativa-financiera; funcionamiento de cobranza, convenios, deuda, chile compra, farmacia y bodega, cumplimiento de programa anual de capacitación.

Auditoría elaborará un Plan para avanzar en el control de la Gestión de los centros de responsabilidad, desde el punto de vista de productividad, el cual debe apuntar a la obtención de los costos de los principales productos del establecimiento y de cada centro de responsabilidad; generará dentro de la organización la cultura de la planificación de actividades anuales, mediante la asignación de metas, indicadores y responsables.

##### (2) Jurídica

Provee la información jurídica y lineamientos legales, aunando criterios de aplicación de las normas sanitarias que competen tanto al sector salud en general como a otros sectores. Tendrá como función brindar asesoría a la Dirección en la ejecución de convenios, contrataciones, adquisiciones, mediaciones y todas aquellas acciones que requieran de un aporte legal.

##### (3) Comunicaciones

Esta sección tendrá como responsabilidad:

* Las Comunicaciones Internas, que consideran el diseño, reporteo y redacción del boletín institucional y de los murales institucionales; la actualización, generación de informaciones y gráficas en la intranet y página web; y la generación de proyectos comunicacionales tendientes al logro de los objetivos institucionales. El Comité Editorial Boletín será el equipo encargado de seleccionar, orientar y determinar los contenidos y el tratamiento de las noticias que se publican en “Nuestro Boletín“ de aparición mensual que se publica en papel y en el portal Web del HSMQ.
* Asesorías Comunicacionales a la Dirección, jefes de servicios y personal que lo requiera, en cuanto a políticas, atención de conflictos y campañas.
* Las Comunicaciones Externas dirigidas al manejo de la imagen institucional, a potenciar el equilibrio informativo entre el hospital, los usuarios y la prensa, crear y producir material de apoyo.
* Relaciones Pública, organización de eventos internos y asesorías protocolares.

##### (4) Control de Gestión, Información y Desarrollo

Control de Gestión, Información y Desarrollo deberá apoyar el control de la gestión del establecimiento en relación a la misión y los objetivos estratégicos determinados por el Hospital. Esto implica coordinar, monitorear, evaluar e informar el cumplimiento de los compromisos de gestión y metas establecidas en los instrumentos de control, tanto gubernamental como sectorial. Para lo anterior contará con las subunidades Gestión de la Información (antigua Unidad de Estadística) y Desarrollo de Soporte de la Información (antigua Unidad de Informática).

Un aspecto vital en el control es contar con información sobre las acciones que contribuyan a tomar decisiones orientadas a alcanzar los objetivos trazados, midiendo resultados y orientando la gestión hacia la mejora permanente. Por esta razón, se elaborará un sistema de información de la gestión bimensual que sea conocido por el equipo de dirección.

Corresponderá a este ente asesor:

* Confeccionar un informe bimensual que contenga un conjunto mínimo de indicadores que permita monitorear el desarrollo de las actividades hospitalarias planificadas y comprometidas, incluyendo la relación producción final con producción intermedia.
* Monitorear y evaluar el desarrollo de las estrategias para desplegar a toda la comunidad hospitalaria: la transformación hospitalaria, el nuevo Modelo de Gestión, las metodologías y la información asociada.
* Monitorear y medir resultados de la implementación y funcionamiento de los Centros de Responsabilidad promover su evaluación para detectar áreas de mejoramiento y de fijación de indicadores como medio de control.
* Aportar evidencia e información relevante a la dirección, contribuyendo al desarrollo y proyecciones de la institución.
* Supervisar el proceso de registro y control de la producción del establecimiento, para efectuar la facturación de las prestaciones otorgadas a la población asignada.
* Desarrollar informáticamente el hospital alineado directamente con las políticas del SSVQ, considerando que para el hospital las tecnologías de información son indispensables para su diseño y operación.
* Desarrollo informático del establecimiento en telemedicina, en áreas tales como imagenología, cardiología y monitorización, que permitan a los especialistas dar soporte dentro del hospital, a los equipos de la red y a los pacientes en sus domicilios.
* Implementación y desarrollo del Sistema de Gestión Hospitalaria basado en la unión de dos instrumentos Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD).y WINSIG. El sistema GRD entregará: el peso relativo de cada grupo relacionado a diagnóstico; Case Mix o mezcla de casos que indica la complejidad de las patologías resueltas y/o los procedimientos ejecutados; el índice de complejidad; Índice de funcionamiento etc. El Sistema WINSIG informará de: gastos por CR y costos; costos unitarios de producción, por egresos, días cama, consultas etc.; indicadores de composición y eficiencia.

##### (5) Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente

Esta Unidad tendrá como propósito fundamental el promover la instalación de la cultura de la Calidad y la Seguridad del Paciente en toda la institución.

Sus objetivos generales serán:

1. Generar una estructura formal que lidere y asegure la continuidad del proceso de gestión de la calidad
2. Prevenir la ocurrencia deEventos Adversos estableciendo estrategias efectivas para la Seguridad del Paciente a través de la Gestión de Riesgos
3. Velar por lograr que el Hospital sea un Prestador Institucional Acreditado en Calidad.

Sus funciones serán:

* Apoyar asesorando a la Dirección del Hospital en las definiciones de Políticas y Planes de Calidad y Seguridad del Paciente.
* Promover e implementar un programa de evaluación y mejora continua de la Calidad.
* Apoyar a la Dirección en el establecimiento de los objetivos prioritarios en Calidad y Seguridad del Paciente.
* Coordinar las actividades orientadas a cumplir con los requisitos de Autorización Sanitaria y la acreditación como Prestador Público
* Implementar la Gestión de Riesgos

De manera específica, esta unidad es la responsable de la Gestión de la Calidad y la Seguridad del Paciente en la Institución, de manera de que responda a un proceso de mejora continua en todas las áreas. Incluirá:

* Comité de Infecciones Intrahospitalarias
* Vigilancia epidemiológica
* Aseguramiento de la calidad en gestión asistencial, ej. Disponibilidad y uso de protocolos de derivación y contraderivación

##### (6) Consejos Técnicos Asesores

Los Consejos Técnicos administrativos tendrán como objetivo colaborar con el Director del Establecimiento, asesorándolo en los aspectos de su gestión en que requiera su opinión, así como propender a la coordinación de todas las actividades del establecimiento. Deberá además hacer presente al Director de los problemas y asuntos que digan relación con los servicios del establecimiento, con su personal y con el trabajo hospitalario, así como también sugerir las medidas de buena administración o perfeccionamiento técnico que crea conveniente.

El hospital funcionará con tres niveles de asesoría:

* Consejo Técnico Asesor Ejecutivo. Constituido por el Equipo de Dirección, conformado por el Director y los cinco Subdirectores, funcionará con reuniones ordinarias semanales y extraordinarias.
* Consejo Técnico Asesor. Se conformará por el Equipo de Dirección, jefes de las Unidades de Hospitalización del Adulto, el Niño y la Mujer, jefes de Unidades Ambulatorias (CRD y Unidad de Emergencia) y jefe de Finanzas; sesionará a solicitud del Director .
* Consejo Técnico Ampliado Informativo. Lo constituirá el Equipo de Dirección, jefes de Unidades de Hospitalización, Jefes de Unidades de Apoyo y Atención Ambulatoria, Jefes de Unidad Financiera y Gestión al Usuario, Supervisoras de Unidades, Presidentes de Agrupaciones Gremiales, funcionarios que asistan voluntariamente, y visitas; funcionará mensualmente.

##### (7) Consejo Consultivo

Tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales, calidad de la atención y otras materias de interés para los usuarios, para lo cual debiera definir un plan de trabajo, cronograma de actividades y frecuencia de reuniones.

Se espera lograr la participación activa del Consejo Consultivo en la toma de decisión, incentivando, promoviendo y motivando la participación de la comunidad organizada a través de la conformación de grupos de acción asociados al Consejo Consultivo, de forma que sean las organizaciones los actores de la detección de problemas y participen activamente en su solución, mediante los convenios colaborativos.

##### (8) Comités

La Dirección contará con comités que la asesoran de manera esporádica o continua en diversas materias: Bioética, Farmacia, Garantías de Salud.

**Bioética.** Este comité operará para ofrecer a la toma de decisiones una visión desde la perspectiva de la Bioética en situaciones clínicas cada vez más complejas, en un marco estrechamente ligado y determinado por los acontecimientos, cambios generales, evolución social y transculturización en un mundo global. Es un comité donde estarán representados los funcionarios y representantes de la comunidad, asesora a la Dirección como también a clínicos de los distintos servicios, a través de de recomendaciones de buenas prácticas basadas en principios bioéticos

**Farmacia.** Estará integrado por el Subdirector Médico, jefes de áreas clínicas, Enfermera de Gestión del Cuidado y Químico Farmacéutico jefe de Farmacia. Es la instancia de farmacología clínica, ámbito en el cual se analiza la incorporación de nuevos fármacos al arsenal del hospital, reemplazos de unos por otros y cualquier situación análoga.

**Garantías de Salud.** Este comité resguardará las condiciones de acceso, cobertura financiera y oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de enfermedades afectas al GES, verificando que se cuente con los recursos financieros estructurales y humanos necesarios para el cumplimiento de las garantías. Estará conformado por los subdirectores de las áreas Finanzas, Médico Asistencial, Recursos Humanos más la encargada GES y los coordinadores de patologías al interior del establecimiento.

##### (9) Secretaría y Oficina de Partes

Esta Unidad brindará apoyo a todo el equipo de la Dirección del Establecimiento, a través de la disponibilidad de un pool de funcionarios, que tendrá como función:

* Participar en la atención administrativa de la Dirección del Hospital.
* Atención de usuarios internos y externos que requieran de los servicios de los diferentes funcionarios de esta Sección.
* Permanente coordinación entre este Servicio y los Servicios Clínicos y Administrativos y OIRS del Hospital.
* Atender y distribuir correspondencia tanto recibida como despachada a todos los servicios del Hospital.
* Despachar correspondencia emitida desde los diferentes servicios del Hospital a otras instituciones públicas y privadas.
* La jefatura de la Unidad supervisará la atención de la Biblioteca del Hospital

Esto permitirá optimizar la función de secretaría para el conjunto del establecimiento, sin perjuicio que cada Subdirector evaluará específicamente el personal a cargo.

#### b) Subdirección Médico Asistencial

Esta Subdirección tendrá como responsabilidad principal coordinar el macro-proceso de atención directa, tanto del paciente de atención cerrada como el de atención abierta, para lo cual contará con diversas unidades organizadas en cuatro CR.

A continuación se describe brevemente el rol que tendrá cada CR.

##### (1) CR Atención Hospitalizados

Este CR coordinará toda la atención del paciente hospitalizado verificando:

* Disponibilidad de camas operativas
* Continuidad del proceso de atención cerrada
* Disponibilidad de horas médicas para atención de pacientes hospitalizados
* Desarrollo, diseño, adaptación, uso y evaluación de Guías y Protocolos Clínicos, de manera de certificar la calidad asistencial ejecutada.

###### (a) Unidad de Paciente Crítico (UPC)

Esta Unidad considera:

* Unidad de Cuidados Intermedios, que otorgará atención de alta complejidad, no invasiva (soporte y monitorización), a pacientes médico-quirúrgicos mayores de 14 años.
* Unidad de Cuidados Intensivos que otorgará atención de alta complejidad, invasiva (soporte y monitorización), a pacientes médico-quirúrgicos mayores de 14 años.

Esta UPC será parte de la Red UPC del SSVQ y V Región, pudiendo derivar o recibir pacientes de acuerdo a los requerimientos de soporte vital o manejo especializado que requieran los pacientes.

###### (b) Unidad del Adulto

Será responsable de otorgar atención médica a personas mayores de 14 años, ingresados a través de vías electivas y de urgencia. Se orientará a la resolución de las patologías médicas y quirúrgicas incluidas en la cartera de servicios del establecimiento.

###### (c) Unidad de la Mujer

Otorgará atención a mujeres embarazadas y puérperas con embarazo normal o patológico, que han ingresado de forma electiva y de urgencia. Se orientará a la atención del embarazo, parto normal y cesárea y las patologías que pueda presentar.

###### (d) Unidad Infantil

Será la responsable de otorgar atención médica a niños entre la etapa de Recién Nacido y 14 años, ingresados a través de vías electivas y de urgencia, orientándose a la resolución de patologías médicas y quirúrgicas.

La unidad de neonatología considera la disponibilidad de hospitalización de cuidados básicos e intermedio para neonatos. En caso de requerir cuidados intensivos serán derivados a HGF.

Los pacientes pediátricos contarán con desarrollo de una Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos. Los pacientes que requieran de cuidados intensivos deberán ser derivados al HGF.

Los pacientes ingresan a este servicio desde la Unidad de Emergencia, Unidad de Atención Ambulatoria, desde la Unidad de Neonatología y derivados desde otros establecimientos de la red.

La presencia de un residente médico en el área de hospitalización infantil será el soporte técnico de todos los pacientes hospitalizados, especialmente de ambas unidades de Intermedio; de este modo en caso de traslado hacia Unidades de Intensivo existirá el soporte para trasladar pacientes estabilizados, así como para recibir los ingresos que se generen dentro del establecimiento o desde la red.

###### (e) Pensionado

El pensionado será parte del pool de camas del hospital y estará destinado principalmente a la atención de pacientes no institucionales. Sin perjuicio de ello, en caso de emergencia o exceso de demanda se podrá utilizar para brindar atención a pacientes institucionales.

Otorgará atención a niños y adultos mediante el sistema de libre elección y privado, ofreciendo día cama integral para pacientes con patologías médicas, quirúrgicas, de especialidades, ginecológicas y obstétricas.

###### (f) Unidad de Psiquiatría Corta Estadía

Unidad para hospitalizaciones psiquiátricas de un máximo de 60 días, con 24 camas, ubicado en el edificio principal del hospital, de manera que facilite la interacción con otras especialidades y el acceso a exámenes de laboratorio e imagenología.

En esta unidad se efectuarán las actividades de psiquiatría de máxima complejidad del sistema, tanto desde el punto de vista diagnóstico como de tratamiento y rehabilitación, realizando además acciones de psiquiatría de enlace con las otras áreas clínicas del hospital.

Estará en coordinación directa con la Unidad de Salud Mental, que gestiona los distintos niveles de atención: Consulta Ambulatoria, Hospital de Día, Psiquiatría de Corta Estadía. El equipo multidisciplinario de Salud Mental contará con médico psiquiatra, sicólogo, asistente social y terapeuta ocupacional en número suficiente para responder a la demanda de atención.

Esta unidad de psiquiatría de corta estadía se articula con el resto del sistema a través de lo siguiente:

* A nivel de de Autoridad Sanitaria con un cuerpo asesor encargado de la defensa de los derechos de los pacientes portadores de Trastornos de Salud Mental Severos.
* Por otra parte de acuerdo a la reforma de salud es la Asistente Social quien autoriza monitorear y evaluar las órdenes de internación involuntaria en la región y en nuestra jurisdicción.
* La red de Salud Mental está constituida actualmente por un dispositivo Hospital de Día para pacientes con trastornos psiquiátricos severo, un Hogar Protegido, y un Centro Diurno para rehabilitación e inserción social,
* Como unidad de alta complejidad de Psiquiatría Forense, para pacientes con problemas con la Justicia, se cuenta con el Hospital Philipe Pinel de Putaendo. Como Unidad de Mediana Estadía existe en Valparaíso el Hospital El Salvador.
* Deberá evaluarse el requerimiento para las provincias Quillota–Petorca de una Unidad de Mediana Estadía.

En resumen, la red de salud mental está estructurada para el tratamiento de pacientes en fase aguda y crónica. Contará con camas de hospitalización de corta estadía en el hospital de Quillota, mediana estadía en el Hospital Salvador de Valparaíso y de larga estadía en Putaendo. Tendrá equipos multidisciplinarios en Quillota que apoyarán la reinserción familiar y social de los pacientes en estrecha coordinación y apoyo técnico con el primer nivel de atención, con apoyo en Hogar Diurno y unidades terapéuticas para la atención ambulatoria.

###### (g) Hospitalización domiciliaria

Dado el aumento progresivo de la población de edad avanzada, el elevado costo del tratamiento y la cama hospitalaria, posibilidad de evitar complicaciones propias del hospital, la mejoría actual de la calidad de la vivienda, la tendencia a considerar un error que un paciente deba permanecer en el hospital sólo para recibir medicación intravenosa, es que será necesario implementar la estrategia de la Hospitalización Domiciliaria, que será una extensión del hospital al domicilio del paciente.

Se deberá considerar los siguientes principios:

- La Hospitalización Domiciliaria (HD) no es un sustituto del hospital, pero los pacientes forman parte de la atención cerrada y es complementaria a la atención recibida en las dependencias del establecimiento, y por lo tanto debe cruzarse la mirada con la Gestión del Cuidado, de donde debe recibirse supervisión técnica.

- Los resultados obtenidos son mejores cuando más concreto es el problema a tratar.

- Valoración de las necesidades sociales que influyen en el mantenimiento del paciente en su casa.

- La familia debe asumir una parte de la actividad que en el hospital realizan profesionales, debe existir capacitación de ella.

- Los objetivos han de ser concretos y cuantificables, para poder valorar así los resultados conseguidos

##### (2) CR Atención Ambulatoria

###### (a) Unidad de Atención de Emergencia

Otorgará atenciones médicas de urgencia a todas las personas que demandan por:

* Consulta espontánea.
* Derivadas de consultorios de atención primaria y SAPU
* Derivadas de otros hospitales de la red.
* Para constatación de lesiones, traídas por la fuerza pública.
* Para peritaje de delitos sexuales, derivados del Ministerio Público.

Ofrecerá las especialidades: médicas, quirúrgicas, pediátricas, obstétricas y ginecológicas en las Unidades de Urgencia Infantil, Urgencia Adultos y Urgencia de la Mujer.

Mantendrá la coordinación con la Red de Urgencia de manera de optimizar los procesos de derivación y contra-derivación de forma similar a lo descrito para la Red Electiva.

En cuanto a las ambulancias, la UEH del Hospital de Quillota, como todas las UEH de la Red, interactuará con un sistema mixto de móviles. Específicamente, el traslado de pacientes críticos será realizado por el SAMU Regional, instancia de la que dependerán directamente los recursos físicos, humanos y financieros, y que tendrá estrecha relación y coordinación técnica con la UEH. Por una parte, el Hospital contará con un Servicio de Ambulancias propio, cuya misión será los traslados de pacientes de baja complejidad, como traslados a domicilio, a exámenes, etc., que será de pequeñas dimensiones en cuanto a recursos y a número de ambulancias. La Base SAMU estará físicamente en dependencias del nuevo Hospital Biprovincial, y contará con tres móviles tipo M2, con personal profesional, paramédico y chofer.

###### (b) Unidad de Atención Electiva

De acuerdo a lo expresado en las Conclusiones del Diagnóstico, a nivel estratégico, el HSMQ forma parte del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) del SSVQ, ente asesor del Gestor de la Red. Las instancias generadas a partir del trabajo del CIRA, cuyo objetivo es coordinar la relación entre los distintos nodos de la red, en funcionamiento actualmente en forma incipiente, deben fortalecerse y profundizarse al igual que las Consultorías de especialistas que están funcionando en Psiquiatría, Neurología Infantil, Dermatología que deben ampliarse a otras especialidades.

En general, en relación a la APS existe una coordinación permanente con todos los consultorios, para las primeras consultas, ejecución de exámenes de laboratorio, rayos y otros exámenes diagnósticos.

También cabe mencionar, en el área electiva, la existencia de: Programas de Pasantías de los médicos de APS, los que requieren ser regularizados y evaluados; Capacitaciones en creación de protocolos de referencia y contrarreferencia, que deben tener permanencia y continuidad, especialmente por la migración de médicos de la APS; reconocimiento de recetas y órdenes de exámenes de los médicos de especialidad básica de los Hospitales de Limache, La Calera, La Ligua, situación que debe extenderse a médicos de otros hospitales.

###### (1) Consultas Especialidades

Otorgará atención clínica electiva a pacientes derivados mediante interconsultas desde consultorios de atención primaria, del mismo establecimiento o de otros establecimientos de la red. Ofrecerá consulta médica integral de especialidades: Quirúrgicas del Adulto, Médicas del Adulto, Pediátricas, Indiferenciadas, Odontológicas y de la Mujer.

En anexo se incluyen las subespecialidades contenidas de referencia para la cartera de prestaciones.

###### (2) Hospital de Día

###### Unidad de Medicina Ambulatoria (UMA)

Está destinada a pacientes que pueden resolver sus requerimientos diagnósticos o terapéuticos en un plazo inferior a 8 horas, tales como transfusiones, administración de medicamentos endovenosos, terapia parenteral. Serán sillones o camillas de uso para atención indiferenciada.

###### Diálisis

El Hospital de Quillota contará con sillones de diálisis para cubrir las necesidades de los pacientes crónicos del área de influencia, en conjunto y coordinado con la atención brindada por el extra sistema. Se realizarán hemodiálisis y entrenamiento a pacientes y sus familiares en la peritoneodiálisis. Las diálisis de agudo a pacientes internados se realizará en la hospitalización, con equipos portátiles especialmente considerados en el equipamiento para esta función y es de responsabilidad de la Unidad de Pacientes Críticos.

El equipo responsable de la diálisis se coordina con los equipos quirúrgicos a fin de mantener actualizada y priorizada la nómina de pacientes para la realización de la fístula arteriovenosa o instalación de catéteres.

Los pacientes del establecimiento que son dializados en el extrasistema, continúan siendo pacientes del establecimiento, por lo tanto la unidad de diálisis debe acompañar, vigilar y supervisar la atención que reciben en las instituciones privadas.

###### Cuidados Paliativos

Esta unidad corresponde al área de la medicina que tiene por objeto procurar una mejor calidad de vida a pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos; se dedica a la asistencia activa y total del paciente y familia por un equipo multidisciplinario, con procedimientos que alivien el dolor y otros síntomas derivados de su enfermedad, considerando el respeto de las necesidades y derechos del enfermo y su dignidad.

###### Cirugía Mayor Ambulatoria

Unidad responsable de gestionar la atención de los pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria, los que serán intervenidos en los pabellones centrales del hospital. Su actividad considera:

* Selección candidatos a CMA en coordinación con médicos tratantes
* Recepción y preparación
* Traslado (ida-vuelta) a pabellón
* Recuperación secundaria del paciente, previo a ser derivado a su domicilio
* Coordinación con APS

###### Salud Mental

Las actividades de Salud Mental y Psiquiatría comparten los principios del Modelo General de Atención, correspondiendo al hospital contar de manera ambulatoria con una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental y con Hospitalización Psiquiatría diurna.

La Hospitalización Diurna de salud mental es una alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades severas. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades psiquiátricas severas que requieren manejo en el período de agudización de su sintomatología o se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención plenamente ambulatoria e idealmente sectorizada. Los usuarios pueden asistir cuatro a ocho horas diarias de lunes a viernes, durante un período determinado. Sus características y funcionamiento están regulados en las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de Hospitales Día en Psiquiatría (Minsal, 2002.)

###### (3) Odontología

Odontología desarrollará el tratamiento ambulatorio de mediana complejidad en complementación con toda la red primaria de su área de influencia. Este hospital concentrará la cirugía máxilofacial de las provincias de Quillota y Petorca.

##### (3) CR Apoyo Diagnóstico-Terapéutico

###### (a) Anestesia y Pabellones Quirúrgicos

Brindará servicios de:

- Atención de pacientes Electivos 8:00 a 17:00 hrs. en días hábiles

- Atención de pacientes de Urgencia: 24 horas los 365 días de año.

Otorgará servicios de: Anestesia general, Anestesia regional, Analgesia del Parto, Reanimación, Evaluaciones pre-anestésicas y Procedimientos.

###### (b) Unidad de Procedimientos Médicos

Como apoyo a las especialidades y subespecialidades se potenciarán los procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Respiratorios, Cardiológicos, Gastroenterológicos, Dermatológicos, Broncopulmonares, Otorrino y Oftalmológicos.

###### (c) Laboratorio Clínico y Unidad de Medicina Transfusional

El dimensionamiento y organización del laboratorio estará determinado por el rediseño de la red del SSVQ. Es así como el hospital contará con un Laboratorio electivo y de urgencia, enviando los exámenes electivos de alta complejidad y baja frecuencia a un laboratorio central del SSVQ.

El componente de Banco de Sangre se ha modificado de manera significativa, ya que el hospital transformó su Banco en una Unidad de Medicina Transfusional (UMT), abastecida desde el Centro de Sangre V Región, lo que trae como consecuencia que uno de los elementos que es indispensable desarrollar es la informatización del proceso que permita optimizar la logística y trazabilidad de los productos. De acuerdo al nivel de producción y orientaciones ministeriales, esta unidad se implementará como una UMT tipo II, sin embargo, en su implementación se adecuará potenciando la atención diurna de tecnólogo médico, y compartiendo este recurso con Laboratorio en horario nocturno.

El Laboratorio Clínico atenderá toda la demanda electiva para pacientes ambulatorios y hospitalizados en horario hábil y asegurará la disponibilidad de exámenes de urgencia las 24 hrs. con turno profesional tecnólogo médico, de manera de apoyar la complejización de la atención, en especial de la Unidad de Paciente Crítico y la Urgencia.

La complejización del hospital se traducirá en un incremento en la diversidad de exámenes de urgencia y, posiblemente, en un mayor consumo de productos sanguíneos, por lo que será necesario contar con un enfoque flexible en esta materia.

###### (d) Imagenología

El desarrollo de la imagenología será acorde con la complejización del establecimiento, para lo cual se consideran las siguientes estrategias, que se desarrollarán de manera balanceada:

* Incremento de prestaciones y procedimientos imagenológicos
* Utilización de Tecnología Digital
* Derivación a la red del SSVQ

Dentro de la complejización se considera:

* Asegurar la operatividad de radiología de mayor complejidad contando con Tecnólogo Médico de radiología las 24 hrs.
* Incluir nuevos procedimientos complejos de acuerdo a los requerimientos de las especialidades
* Inclusión de TAC
* Tiempos de espera para informes radiológicos inferiores a 24 horas para pacientes de urgencia y hospitalizados, y menor a una semana para pacientes ambulatorios.

Como parte de la red del SSVQ y en la medida en que el HGF concentra el equipamiento de mayor complejidad, es indispensable asegurar la equidad y oportunidad en el acceso a los pacientes de las provincias de Quillota y Petorca. Para ello se propone que los recursos destinados para la red del SSVQ sean gestionados y evaluados a través de los criterios ya señalados.

###### (e) Anatomía Patológica

Anatomía Patológica continuará brindando un servicio de apoyo a las especialidades a través de la realización de biopsias, exámenes de citodiagnóstico y autopsias. Se contempla la incorporación de técnicas más especializadas que permitan complementar la función en red de esta unidad.

###### (f) Farmacia

En farmacia se diferenciarán las funciones de tipo logístico de las vinculadas a farmacología clínica.

Dentro de las funciones logísticas se considera:

* Gestión de stock de bodegas principales y secundarias
* Manejo de dosis unitarias para pacientes hospitalizados
* Despacho de recetas de: Atención ambulatoria, Atención cerrada, Crónicos, Ínter hospitalaria, Controlados
* Preparaciones galénicas

Para ello será necesario considerar la incorporación de elementos de automatización de toda la cadena de distribución, desde su ingreso al establecimiento hasta la dispensación al paciente.

Dentro de las funciones de gestión farmacológica se considera:

* Elaboración y actualización de vademécum
* Elaboración Perfiles Farmacológicos de Pacientes.
* Protocolización de uso de medicamentos relevantes por su frecuencia de uso, impacto sanitario o impacto financiero.
* Estudios de optimización la prescripción
* Asistencia técnica al equipo médico.

###### (g) Medicina Física y Rehabilitación

El perfil epidemiológico actual y proyectado permitirá hace necesario desarrollar el modelo de Rehabilitación Integral. Los principales problemas están relacionados con secuelas de traumatismos y patologías vinculadas al proceso de envejecimiento y estilos de vida, donde destacan: Artrosis, Diabetes (Pie Diabético; Neuropatía), Secuelas accidentes vasculares. Le corresponderá también a esta unidad efectuar prestaciones de especialidad a pacientes hospitalizados en fase aguda, como por ejemplo kinesioterapia respiratoria y motora en pacientes críticos.

Los ejes que articularán el modelo son:

1. Cuidados basados en la evidencia: las prestaciones a efectuar serán sólo aquellas que demuestren ser útiles para los pacientes.

* Sistemas Únicos: ej. Pacientes que sólo tengan problemas motores deberán ser apoyados específicamente en esa área.
* Multisistema: pacientes que tengan comprometidos más de un sistema recibirán soporte para cada una de ellas. Este soporte estará articulado bajo un modelo único de manera que exista una potenciación de las intervenciones. Ej. Pacientes con secuela de AVE que requieran soporte motor, cognitivo y conductual.

1. Atención Integral: cuidados clínicos (médico-kinesiólogo-terapeuta ocupacional- asistente social-sicólogo-fonoaudiólogo-otros) que se brindan a nivel de los establecimientos de salud que combinan una perspectiva física, una perspectiva de salud mental y una perspectiva social, que integra familia y comunidad (voluntariado y organizaciones comunitarias) dentro de la cadena de cuidados.
2. Integración con la red

* Continuidad de atención desde la APS
* Concentración de recursos escasos en Paz de la Tarde y Peñablanca.

Las prestaciones a desarrollar en Quillota por los equipos de Medicina Física y Rehabilitación en la atención abierta y en la cerrada comprenden: Evaluación; Ejercicios terapéuticos individuales y grupales; Fisioterapia; Hidroterapia; Masoterapia; Educación, paciente/familia/cuidador/comunidad

##### (4) CR Gestión de Procesos Clínicos

Este CR agrupa a las unidades que prestan el soporte administrativo necesario para el desarrollo de las prestaciones de los demás CR de esta Subdirección, se articula con los otros CR a través de la Subdirección Médico Asistencial.

###### (a) Admisión Urgencia y Electiva

Esta unidad es parte de una reorientación del SOME existente en el hospital desde el año 1994, que dividió y orientó las funciones del SOME hacia las áreas más pertinentes, de forma que la función de ingreso de pacientes quedó asignada a la Gestión de Procesos Clínicos, Estadística a Control de Gestión y Desarrollo y Recaudación (Pagos por Ingresos) al área de Finanzas, constituyéndose estos cambios en una experiencia eficaz.

Será un soporte logístico para los CR Atención Hospitalizados y Atención Ambulatoria, cumpliendo la labor de administrar las horas de atención abierta, optimizando el proceso de citación y uso de los cupos disponibles, y en urgencia efectúa el registro de ingreso e identificación de pacientes. Junto con realizar la admisión de pacientes, los funcionarios tendrán la función de recaudar los dineros correspondientes a copagos de beneficiarios C y D y particulares, para lo cual recibirán la orientación técnica desde la Unidad de Ingresos.

La Unidad de Admisión deberá trabajar coordinadamente con el encargado del CR Atención Ambulatoria dada su misión de servir de apoyo a su gestión, debiendo conocer su demanda y actuar como facilitador de su quehacer.

###### (b) Gestión Central de Camas

La unidad Gestión Central de Camas es la encargada de la gestión centralizada de camas, incluyendo todas las funciones que esta labor implica, tales como: programación de ingresos, administración de listas de espera, coordinación de traslado de pacientes, supervisión y control general de la asignación del recurso cama, entre otros, lo que está alineado con las políticas MINSAL de Gestión Hospitalaria contenidas en el Compromiso de Gestión Nº 5 del 2007.

En consistencia con las recomendaciones MINSAL se considera establecer los siguientes criterios para su funcionamiento:

* Disponer de protocolos o normativas de ingreso y egreso.
* Establecer una metodología de priorización para la dación de camas, que permita mantener un flujo continuo para optimizar su uso, de acuerdo a la categorización riesgo dependencia de modo de asegurar la calidad y la seguridad de la atención del paciente
* Designar un profesional responsable, de dedicación exclusiva, que administrará las camas disponibles del establecimiento de acuerdo a los criterios definidos.

Esta unidad prestará soporte logístico al CR Atención Hospitalizados y trabajará en estrecha colaboración con el CR Pacientes Hospitalizados.

El siguiente cuadro contiene un resumen de la relación entre condición clínica y unidad de destino, que sirve de orientación básica para organizar el funcionamiento de esta unidad.

Tabla : Condición clínica y dispositivo de atención cerrada

|  |  |
| --- | --- |
| **Condición de la persona al ingreso** | **Unidad de destino** |
| Persona con riesgo vital y expectativa de recuperación | Unidad Cuidados Intensivos |
| Persona que requiere medicación e hidratación parenteral, atención de enfermería en intervalos frecuentes, varios controles médicos en cada turno o manejo de intubaciones o drenajes complejos | Unidad Cuidados Intermedios |
| Persona con requerimientos menores que en el caso anterior, pero aún inestable o descompensado | Sala de agudos |
| Persona que no presenta ninguna de las condiciones anteriores | Sala de cuidados básicos |

La unidad Gestión Central de Camas tendrá a su cargo la gestión de todas las camas del hospital, organizadas en las siguientes áreas:

* Camas Médico Quirúrgicas del Adulto
* Camas Infantiles
* Camas Obstétricas
* UPC Adulto
* Pensionado
* Psiquiatría Corta Estadía

El(la) encargado(a) de la Unidad de Gestión Central de Camas se coordinará con las encargadas de todos los hospitales de la red, con el SAMU V Región, y con la Gestora del Área.

###### (c) Gestión y Archivo de Historias Clínicas

Será responsabilidad de esta unidad la gestión y administración de las historias clínicas de los pacientes. Le corresponde: archivar las fichas, mantener actualizada su localización, autorizar y ejecutar los movimientos y préstamos de las historias clínicas, asegurar la disponibilidad de la ficha y velar por su confidencialidad. Corresponde en la actualidad al tradicional Archivo Clínico, el cual deberá sufrir progresivas transformaciones tendientes a la digitalización de la información con la mirada de largo plazo de contar con informatización completa de ella.

###### (d) Gestión GES

Esta Unidad será la responsable de:

* Vigilar, supervisar y controlar el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y continuidad de la atención de los pacientes GES.
* Verificar aplicación de los protocolos clínicos GES.
* Registrar las prestaciones otorgadas a pacientes GES
* Preparar los listados de pacientes para ser enviados a Directorio de Compras
* Participar activamente en el Comité de Garantías de Salud

#### c) Subdirección de Gestión del Cuidado

Esta Subdirección tendrá como responsabilidad principal gestionar los servicios de atención cuidados de enfermería en toda la cadena de cuidados desde el domicilio hasta la hospitalización. Para ello se organizará en los siguientes CR: Gestión de Cuidado Pacientes Ambulatorios y Gestión de Cuidado Pacientes Hospitalizados.

El Objetivo General será gestionar la atención de Enfermería y de Matronería en el marco de la Misión, Visión y Planificación estratégica del HSMQ.

Esta Subdirección será la principal encargada de la implementación de los cambios del nuevo Modelo de Gestión, lo que contempla la implementación de la Atención Progresiva en base a la Categorización diaria de pacientes por riesgo y dependencia, lo cual permite asegurar los niveles de cuidado que requieren, con una distribución adecuada del RRHH, equipamiento e insumos.

Otra función relevante de esta Subdirección será el conocimiento de las competencias existentes y requeridas para asegurar la mejoría continua de los procesos de atención de los pacientes y de los procesos asistenciales de gestión del cuidado.

Las principales funciones de la SD Gestión del Cuidado son las siguientes:

1. Establecer las políticas de atención de enfermería, definiendo un Modelo de Gestión de Cuidados con enfoque de integralidad y continuidad para el establecimiento, coherente con el modelo impulsado por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.
2. Participar en la definición de las políticas y lineamientos estratégicos de la institución, en todo lo relacionado con las necesidades de recursos materiales, físicos, financieros y otros requeridos para el cuidado de enfermería.
3. Ejercer y promover un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de enfermería, promoviendo los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional del equipo de enfermería y la formación de nuevos líderes agentes de cambio.
4. Dirigir y evaluar los procesos asistenciales de gestión del cuidado del hospital, diseñando y evaluando la aplicación de protocolos y estándares de calidad, y definiendo criterios de distribución del personal de enfermería, de acuerdo a necesidades del usuario, que garanticen la calidad y seguridad de sus cuidados.
5. Mantener información actualizada con relación a: dotaciones, estudios de brechas y cargas de trabajo del personal de enfermería, de modo de poder gestionar de manera oportuna los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos de gestión del cuidado.
6. Establecer mecanismos de coordinación con áreas clínicas y administrativas del hospital, como también con la red del servicio en su conjunto.

Esta SD es transversal a los CR en lo que respecta a la gestión del RRHH asociado a sus funciones, por área y nivel de complejidad. Para efectos productivos clínicos, los coordinadores de cada una de las unidades de los dos CR que forman la SD de Gestión del Cuidado, dependen del correspondiente jefe de unidad de los CR de la SD Médico Asistencial. Para efectos de procesos administrativos, y técnicos de RRHH, la dependencia es de la SD de Gestión del Cuidado. Es así como la interacción entre ambas subdirecciones se da ante situaciones en que se presentan diferencias de criterios entre el jefe clínico y la respectiva jefatura de Gestión del Cuidado; en estos casos son los subdirectores, Médico Asistencial y Gestión del Cuidado, quienes deberán realizar las definiciones correspondientes. En general, estas subdirecciones son un equipo que articulan en conjunto y se complementan en el desarrollo de la gestión clínica.

##### (1) CR Cuidados Pacientes Ambulatorios

El rol de la enfermería en el área ambulatoria de especialidad está cambiando a partir de las definiciones de la Reforma de Salud. En ella, la APS ha comenzado a efectuar actividades de enfermería vinculada con el control de Diabéticos e Hipertensos que hasta ahora se efectuaba en los hospitales. En este contexto es posible que el escenario siga cambiando a través de la potenciación de la APS; sin embargo, existen nuevas prestaciones de complejidad creciente que requieren de personal especializado, tales como: Hospital de Día y Cirugía Mayor Ambulatoria.

###### (a) Cuidados Electivos

La Gestión del Cuidado en el área ambulatoria electiva tendrá una doble función; por una parte coordinará el trabajo de enfermería en el área ambulatoria y, por otra, servirá de bisagra entre los diversos recursos del hospital. En el área ambulatoria será la responsable de la ejecución de técnicas, procedimientos, protocolos adecuados y necesarios para la atención de los pacientes. Su función de bisagra le permitirá articular las otras áreas asistenciales donde la permanencia del paciente es limitada. Trabajará coordinadamente con los jefes de cada Unidad Ambulatoria:

**Cuidados Hospital de Día**: Son los cuidados proporcionados a todo paciente que requiera una hospitalización abreviada como pacientes de CMA, Cuidados Paliativos, Diálisis.

**Cuidados Domiciliarios u Hospitalización Domiciliaria:** son aquellos proporcionados a los pacientes que requieren atención en su domicilio como último eslabón de la cadena de cuidados de enfermería.

###### (b) Cuidados de Urgencia

La Gestión del Cuidado en la atención de urgencia tendrá como responsabilidad coordinar el trabajo de enfermería y matronería que se efectúa en las Unidades de Emergencia (Pediátrica; Adulto; Gíneco-obstétrica), y considerará: Categorización de pacientes, Atención directa y Continuidad de cuidados (hacia domicilio u hospital).Se trabajará coordinadamente con el jefe de Unidad de Emergencia.

###### (c) Cuidados Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Esta unidad será la responsable de la estandarización de los procedimientos de enfermería en las unidades de apoyo, elaborando guías y protocolos que ayuden al proceso de gestión de los cuidados a lo largo de toda la cadena de cuidados, contemplando los Cuidados de Enfermería en Pabellón y Anestesia y en Procedimientos Médicos.

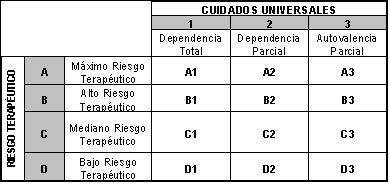
##### (2) CR Cuidados Pacientes Hospitalizados

El trabajo de Enfermería en las áreas de hospitalización se basará en la organización de los recursos de acuerdo al nivel de atención requerida por las personas hospitalizadas, y en la coordinación permanente con los jefes de las áreas correspondientes. Para ello se aplicará la categorización riesgo-dependencia ya que:

1. Ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados de la persona hospitalizada e identifica su perfil
2. Permite mejorar la distribución de recursos humanos y materiales de cada servicio asistencial
3. Identifica la carga de trabajo del personal de enfermería
4. Facilita la estandarización de planes de cuidados para cada categoría de usuario.

La atención progresiva considerará trasladar a la persona hospitalizada de un nivel de complejidad a otro dependiendo de su necesidad de atención. Para que ello sea efectivo, se categoriza diariamente a las personas según su riesgo-dependencia, mediante escalas de categorización conocidas y validadas, cuyo modelo es el siguiente:

Tabla : Categorización Riesgo - Dependencia



Esta Unidad será la responsable de:

* Aplicar instrumentos de categorización de pacientes
* Distribuir los recursos de enfermería-matronería entre la unidades
* Asegurar la continuidad de cuidados entre las diversas unidades[[8]](#footnote-8) logrando un balance entre optimización de uso de los recursos humanos y materiales , con limitación a la movilidad del paciente

La clasificación de camas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 6: Clasificación de Camas

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad** | **Sub -Unidad** |
| Unidad de Paciente Crítico | Unidad de Cuidados Intensivos |
| Unidad de Cuidados Intermedios |
| Pool de Camas | Camas Básicas |
| Camas Mediana Complejidad |

Se consideran 4 áreas de cuidados, dependiendo del tipo y categorización del paciente a atender: Cuidados Paciente Crítico, Cuidados del Adulto, Cuidados del Niño y Cuidados de la Mujer

Este CR debe trabajar en estrecha colaboración e interacción con el CR Atención Hospitalizados y en coordinación permanente con la unidad Gestión Central de Camas.

###### (a) Cuidados Pacientes Críticos (UPC)

Responsable de otorgar cuidados de alta complejidad a pacientes Médico- Quirúrgicos mayores de 14 años, en riesgo vital.

###### (b) Cuidado Médico-Quirúrgicos del Adulto

Responsable de otorgar cuidados a pacientes médico–quirúrgicos hospitalizados, mayores de 14 años, ingresados a través de vías electivas y de urgencia.

###### (c) Cuidados de la Mujer

Responsable de otorgar cuidados a mujeres embarazadas y puérperas con embarazo normal o patológico, hospitalizadas, que han ingresado de forma electiva y de urgencia.

###### (d) Cuidados del Niño

Responsable de otorgar cuidados a todo niño hospitalizado menor de 15 años, ingresados a través de vías electivas y de urgencia, internas o desde otros establecimientos de la red, orientándose a la resolución de patologías médicas y quirúrgicas.

#### d) Subdirección de Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento

La subdirección Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento se conforma por los Centros de Responsabilidad: **Finanzas** y **Apoyo Operacional**, los cuales se describen a continuación.

##### (1) CR Finanzas

El CR Finanzas está integrado por las unidades de: Presupuesto, Contabilidad, Ingresos (pagos) y Comercialización, y Estudios y Proyectos.

Este CR apoyará a la gestión clínica destinando los recursos financieros requeridos para satisfacer las necesidades básicas para el desarrollo de la actividad asistencial. Generará un sistema de recolección de información que permita identificar y priorizar oportunamente las necesidades de insumos, equipos y recursos humanos para poder efectuar la atención clínica. Descentralizará la toma de decisiones financieras; responsabilizará a los jefes de los centros de responsabilidad de la toma de decisiones financieras en relación a la distribución de sus presupuestos, considerando la mejor relación costo – beneficio. Mantendrá los ingresos de operación, estableciendo como práctica de trabajo la cobrabilidad de las deudas, de forma de contar con un sistema eficaz que asegure la mantención del buen nivel alcanzado en el compromiso de gestión. Promoverá y mejorará la cartera de servicios de libre elección y la infraestructura de soporte; generará los canales para mantener y ampliar la venta de servicios a través del Pensionado y de las distintas unidades de apoyo que ofrecen sus servicios a clientes externos que pagan a precio de libre elección. Se encargará de la función de cobranza, para lo cual estará ubicada lo más próximo posible a los usuarios; para ello se establecerá un sistema que convine la administración de las horas con los procesos de facturación y cobranza en el punto.

###### (a) Presupuesto

Esta unidad se encargará de elaborar el Presupuesto anual del Hospital, en base al histórico, a la capacidad de producción PPV, PPI, GES, y considerando los ítems que comprenden ingresos, gastos e inversiones; durante el año presupuestario evaluará la ejecución y proyectará su desarrollo, lo que servirá como herramienta de gestión y toma de decisiones.

###### (b) Contabilidad

Contabilidad realiza las operaciones de contabilizar los ingresos y gastos, devenga el gasto, pagando las facturas de proveedores al tener todos los antecedentes de compra, orden de compra vía Chile Compra, recepción conforme y factura utilizando el SIGFE como herramienta de ejecución presupuestaria.

###### (c) Ingresos y Comercialización

Esta Unidad, surgida de la reorientación de funciones de la Unidad de Recaudación dependiente del antiguo SOME, se preocupará de recaudar los Ingresos Propios del hospital, generados por los pacientes de instituciones privadas vía pensionado, de las cobranzas por prestaciones médicas en accidentes del trabajo y del tránsito, y de los copagos provenientes de beneficiarios Fonasa C y D. Para ello, tendrá la responsabilidad de entregar orientaciones técnicas a los admisores-recaudadores, supervisar su labor, y llevar un estricto control del proceso de valorización y pago de cuentas.

Ingresos y Comercialización debe actualizar y aumentar la cartera de prestadores en pensionado y convenios de uso del mismo, con empresas de la zona.

Desde su creación en el establecimiento ha demostrado ser eficiente por ser una unidad proactiva encargada de la recuperación de ingresos y la comercialización de nuestra cartera de libre elección.

###### (d) Estudios y Proyectos

Mantendrá actualizada la cartera de proyectos para reposición, renovación de equipamiento, alineada con las nuevas disposiciones ministeriales.

##### (2) CR Apoyo Operacional

###### (a) Servicios Generales

Estará a cargo de un ingeniero con experticia en el área. Proporcionará los servicios de apoyo operacional de: ropería, costura, mantención y reparación de equipos industriales, mantenimiento de comunicaciones (telefonía, voz y datos), mantención e instalación de redes informáticas y supervisará la calidad de los servicios externalizados de Imprenta, Lavandería, Movilización, Aseo, Seguridad, obras ejecutadas por terceros y aquellos otros servicios de este tipo que la institución requiera.

En relación a Seguridad, área que deberá estar a cargo de esta unidad, en el modelo actual se cuenta con Recepcionistas que son responsables de mantenerla, pero están principalmente orientados hacia la acogida y orientación de los usuarios, se visualiza ya la necesidad de contar con empresa externa de seguridad por el aumento progresivo de visitas al establecimiento y pensando además en el aumento de la planta física que se requerirá a futuro.

En relación a Movilización, Servicios Generales será la unidad encargada de la mantención de los vehículos de transporte de carga y personas si pertenecen al hospital y supervisar la calidad del servicio si se opta por su externalización, la administración de la movilización estará a cargo de Gestión Central de Camas en la parte electiva y de SEMUR en urgencia.

La Unidad será responsable de la mantención y operación de la central de gases, central térmica, supervisión de equipos de oxígeno, construcción al interior del establecimiento y mantención del edificio, análisis y confección de proyectos de remodelación.

Servicios Generales será una unidad con capacidad de gestión y resolución de problemas en forma oportuna, conforme las disposiciones administrativas lo permitan, prestando atención personalizada con mucho trabajo en terreno, lo que permite una buena interacción con los usuarios, que son los servicios tanto clínicos como administrativos.

Esta unidad contará con un programa funcional de reordenamiento, mantención de espacios y desarrollo de infraestructura y equipos industriales establecido con plazos y recursos definidos.

###### (b) Equipos Médicos

Esta Unidad será la responsable de:

1. Gestionar del parque de equipos, manteniendo actualizado el catastro de equipos y equipamiento e informando sobre la evolución de éste, de manera de poner en marcha de forma anticipada los procesos que permitan, al menos, mantener la capacidad operacional.
2. Llevar un programa de seguimiento y mantenimiento que permita contar con el soporte técnico necesario para asegurar la operatividad de los equipos de acuerdo a estándares conocidos.
3. Ser contraparte de empresas externas proveedoras de equipamiento y/o de servicio técnico de reparación de ellos.

###### (c) Alimentación

En línea con el mejoramiento continuo de los procesos, Alimentación mejorará los sistemas de evaluación de su servicio, de manera de optimizar:

* Satisfacción de los usuarios por el servicio recibido (percepción de los usuarios, calidad nutricional)
* Uso eficiente de los recursos (humanos-alimentos-equipos).
* La implementación, recursos humanos e infraestructura para apoyar todas las áreas de pacientes hospitalizados, la sala de diálisis, cirugía mayor ambulatoria, hospitalización domiciliaria, psiquiatría ambulatoria, etc.

La Unidad de Alimentación se divide en dos áreas de trabajo, la de Nutrición clínica y terapéutica en apoyo a los pacientes hospitalizados y ambulatorios y el área de preparación y entrega de las minutas requeridas según el tipo de paciente.

El área de nutrición tendrá como funciones principales:

- Las actividades nutricionales básicas (formulación dieto terapéutica) del paciente.

- Control de ingesta.

- Apoyo Nutricional: objetivar con técnicas simples, las alteraciones de la composición corporal y de parámetros bioquímicos, a fin de evitar o corregir la malnutrición a través de Nutrición asistida con Fórmulas Polimétricas, con la adecuación de macro y micronutrientes, tanto en pacientes con Nutrición Enteral y/o Parenteral.

- Intervención alimentación – nutricional en pacientes portadores de patologías que producen desequilibrio hídrico – el objetivo es contribuir a la regulación del balance a través a monitoreo (procesos oxidativos de macro nutrientes, estructura química de alimentos, etc.)

- Balances nitrogenados, adecuación requerida por el paciente con alteraciones metabólicas, para corregir y/o lograr balances calórico – proteicos de macronutrientes y micronutrientes en pacientes críticos.

- Monitorear todas las actividades ya mencionadas en forma diaria y/o semanalmente según patología y evolución.

El área de alimentación debe realizar las preparaciones correspondientes según las necesidades determinadas por los profesionales de las distintas unidades y minutas solicitadas para la alimentación diaria de los pacientes.

La Unidad de Alimentación pertenece a este centro de responsabilidad, pero su trabajo clínico se relaciona estrechamente con el Centro de Responsabilidad de la Subdirección Médico Asistencial, de donde recibe la supervisión técnica.

###### (d) Esterilización

La esterilización de los materiales con los cuales se atienden a los pacientes, debe ser de calidad, y esto, como tal, no sólo es un postulado sino que un principio en salud.

En la red del SSVQ han existido dos propuestas en relación a las áreas de apoyo clínico como Laboratorio y Esterilización. Uno de ellos es la propuesta de centralizar los procesos de esterilización del material reutilizable basado en el principio de economía de escala y o utilización de equipos de alta tecnología y mayor eficiencia. La segunda propuesta consiste en mantener los procesos a nivel de los grandes nodos hospitalarios considerando que ellos serán establecimientos de alta complejidad con un alta demanda de material clínico para sus procesos asistenciales en los cuales la oportunidad de contar con ellos es vital. Tiempo y distancia son factores que atentarían contra la oportunidad a menos que se contara con un stock de material clínico considerablemente mayor y una logística de alto nivel todo lo cual contrarresta la ventajas de la primera propuesta. Por otra parte, concentrar todos los recursos en un solo lugar lo hace más vulnerable pues de existir una falla técnica o administrativa esto afectaría todo el sistema en forma simultánea.

Por todo lo anterior parece razonable mantener desagregado el proceso de esterilización en los 3 grandes nodos hospitalarios los que si debieran estar vinculados en red compartiendo procesos estandarizados y con la capacidad de suplirse y complementarse entre ellos, considerando aumento de demanda, fallas técnicas o eventos mayores.

Será necesario contar con Oxido de Etileno o Formaldehido en el hospital; ya que actualmente tiene Viña y Quilpué, pero su capacidad es insuficiente para hacer una entrega oportuna del material.

La esterilización es un proceso clínico industrial por lo que su trabajo debe hacerse en estrecha relación con el centro de Responsabilidad de la Subdirección Médico Asistencial de donde recibe la supervisión técnica.

###### (f) Abastecimiento

La unidad de Abastecimiento es la responsable de coordinar los procesos de provisión de productos y servicios para el hospital, utilizando Chilecompra y CENABAST.

Al igual que otras funciones, se encuentra en análisis a nivel del SSVQ la propuesta para articular un sistema de abastecimiento central entre los diversos establecimientos de la red, de manera de beneficiarse de las capacidades diferenciales existentes entre éstos.

Abastecimiento tiene como objetivo optimizar el proceso de abastecimiento de manera que:

1. Se maximice el rendimiento del presupuesto, para lo cual es pertinente trabajar bajo esquemas de agregación de demanda.
2. Se optimice el uso del stock disponible, a través de sistemas de abastecimiento que reduzcan la merma y obsolescencia de los productos además de manejar stocks ajustados.
3. Velar por la seguridad de las bodegas periféricas o puntos de despacho o consumo.
4. Se mantengan stocks críticos de: medicamentos, insumos médicos, químicos y economato constantemente ajustados.

Contará con las siguientes secciones: Compras, Gestión de Convenios y Bodegaje

#### e) Subdirección de Recursos Humanos

Esta Subdirección tendrá como objetivo el proveer al hospital del recurso humano necesario para su funcionamiento, velando por el desarrollo de las personas y por realizar acciones que permitan la mejora continua del clima laboral, en el marco de los lineamientos establecidos para la administración del estado. También será responsable por entregar el apoyo para el desarrollo de las competencias que permitan la mejora continua en la calidad de la atención y de los procesos asistenciales.

Para lo anterior se desarrollará una estructura que permita abarcar por completo el proceso de vida laboral (Obtención, Aplicación, Mantención, Desarrollo y Control), además de generar la información necesaria para la gestión y generar iniciativas de innovación y modernización en el área de recursos humanos.

De manera adicional, será responsable de la acreditación de competencias de todo el personal del hospital, coordinando para ello sus acciones con las restantes Subdirecciones.

Las áreas dependientes de Recursos Humanos se describen a continuación.

##### (1) CR Personal y Rentas

Esta área será responsable de llevar a cabo los procesos asociados al cálculo y pago de rentas, administrar el proceso de calificaciones, aplicar los procesos de acreditaciones funcionarias y otros establecidos por la ley. Contará con dos unidades: Personal y Rentas.

##### (2) CR Planificación y Desarrollo

A esta área le corresponde gestionar los subprocesos de Reclutamiento y Selección, Inducción, Planificación de Carrera, Capacitación, Docencia y el desarrollo de las mediciones e intervención relativas al Clima Organizacional y Cultura Interna. Contará con tres unidades: Capacitación, Calidad de Vida Laboral y Análisis y Planificación, las cuales se describen a continuación.

###### Capacitación

Será responsable de mantener los registros de capacitaciones al día para asegurar el cumplimiento de Programa Anual de Capacitación (PAC), su ajuste a presupuesto y lineamientos estratégicos, asegurando al funcionario el desarrollo de sus competencias y habilidades, para además aportar en la planificación de la gestión del cambio.

La unidad de Capacitación contará con una sub-unidad llamada Docencia e Investigación. Esta unidad se preocupará de hacer de los convenios docentes asistencial (COLDAS) una real herramienta de crecimiento y desarrollo para la institución, permitiendo el ingreso constante de nuevos conocimientos y tecnología mediante la incorporación de alumnos universitarios y técnicos al quehacer diario del establecimiento.

###### (b) Calidad de Vida laboral

###### Esta unidad será responsable de coordinar y desarrollar la red de apoyo, protección y recreación a los funcionarios que el hospital ha desarrollado, gestionando lo relativo a Programa de Salud Ocupacional, Programa de Salud de los Funcionarios, Bienestar, Proyecto MEL, Higiene y Seguridad y Jardín Infantil. Esta unidad tendrá el propósito de contribuir a elevar la Calidad de Vida Laboral de sus funcionarios.

###### (c) Análisis y Planificación

Esta unidad cumplirá las funciones de llevar el control de gestión de los recursos humanos, metas sanitarias y compromisos de gestión asociados a los recursos humanos; generar los informes y reportes solicitados por la Dirección u otras Subdirecciones del establecimiento, desarrollar iniciativas de innovación en lo relativo a los procesos del Departamento, liderar el proceso de programación anual del Departamento y velar por el control presupuestario del Subtítulo 21 del hospital.

#### f) Subdirección de Atención al Usuario y Participación Social

Estará conformada por los siguientes Centros de Responsabilidad: Participación y Atención al Usuario.

##### (1) CR Participación

Este CR contempla las unidades que se describen a continuación.

###### (a) OIRS

Informaciones. Tendrá como responsabilidad institucionalizar y profesionalizar la tarea de informar a los usuarios de modo que la entrega de informaciones sea personalizada, oportuna, amable, veraz, sistematizada y evaluables a través de tres oficinas ubicadas en: Unidad de Emergencia, Atención Electiva Ambulatoria y Atención Cerrada. Los principales aspectos a informar a la población serán:

* Estado de los pacientes hospitalizados
* Acceso a entrevistas con médicos tratantes y visitas especiales
* Organización del sistema de salud
* Derechos y deberes de los usuarios
* Red asistencial
* Red Social
* Servicios y prestaciones entregadas por el Hospital
* Ubicación y funciones de los diferentes servicios y unidades
* Requisitos para la atención
* Respecto de toda otra necesidad que demande la gente.

Gestión Solicitudes Ciudadanas. Gestionará las felicitaciones de los usuarios, procurando que ellas sean conocidas por los involucrados y reforzando los aspectos positivos registrados, en el más breve plazo. Gestionará los reclamos, analizando las causas de la insatisfacción, generando los cambios necesarios que eviten su repetición de manera inmediata y mediata. Responderá personalizadamente al usuario, consignando los efectos que ha generado su solicitud. Dichas solicitudes pueden ser consignadas en forma personal, vía e mail y por carta a la institución, como así también a través de los mismos medios ante FONASA, Superintendencia de Salud, MINSAL, SSVQ, entre otros.

Telefonía. Entregará una acogida amable a través de la vía telefónica a cada usuario, dando solución inmediata a su necesidad de comunicación con el Hospital y sus diferentes servicios.

###### (b) Participación Ciudadana

Esta Unidad velará por fortalecer las instancias en que el hospital interactúa con la comunidad, como así también de promover y facilitar la incorporación y participación activa de los usuarios y el trabajo con el intersector de la localidad y de la red en el quehacer del establecimiento a través de los siguientes procesos:

* **Consejo Consultivo de Usuarios**. Asesorará al Director del Establecimiento en la fijación de las Políticas del Hospital y en la definición y evaluación de los Planes Institucionales, la Calidad de la Atención y otras materias de interés para los Usuarios, para lo cual se definirá un Plan de Trabajo, un cronograma de actividades y frecuencia de las reuniones.
* **Difusión y Desarrollo Comunitario**. Se orientará a establecer trabajos colaborativos con distintas agrupaciones de la comunidad, según plan de trabajo establecido en el Hospital, en cada agrupación y de las necesidades planteadas por la comunidad (trabajo con Juntas de Vecinos, Adultos Mayores, Jóvenes, Clubes Deportivos, Cruz Roja, bomberos, entre otros).
* **Cuentas Públicas**. Proceso de diálogo ciudadano entre el Director del Hospital y los representantes de la sociedad civil y ciudadanía que se unen con el fin de conocer el quehacer del establecimiento y de plantear mejoras en la calidad de la atención prestada.
* **Presupuestos Participativos**. Proceso deliberativo en el que la ciudadanía junto a la institución conoce y participa, elabora y evalúa proyectos orientados a la mejora de la atención, este se sustenta en la transparencia de la gestión pública y en el ejercicio democrático.
* **Trabajo con el intersector**. Proceso de trabajo permanente con los otros sectores tanto públicos como privados de la localidad. Énfasis en el trabajo de los determinantes sociales y su vinculación con el quehacer hospitalario.

##### (2) CR Atención al Usuario

El CR Atención al Usuario define los siguientes objetivos generales, de los cuales algunos son de su exclusiva competencia y otros compartidos con el equipo de salud:

* Contribuir a la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción y la rehabilitación de salud.
* Promover en conjunto con el equipo una eficiente utilización de los recursos existentes (gubernamentales – no gubernamentales), a nivel público, privado y solidario, contribuyendo a su articulación, para la atención de la salud de los pacientes.
* Aplicar con los equipos los enfoques psico-sociales y familiares en la programación de sus actividades.
* Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de sus actividades.
* Estimular la coordinación interniveles e interservicios para la atención de salud, en la perspectiva de facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud (entre estos se destaca la entrega de ayudas técnicas, pagos de pasajes, entrega de pañales y otros).
* Participación en el programa de atención a Adultos Mayores en riesgo social hospitalizados en la áreas medico, quirúrgica y de la mujer, preparando a la familia o a su red de apoyo social para el egreso hospitalario.
* Participación con el equipo de salud en la atención social de pacientes de Cirugías ambulatorias y otras patologías.
* Participación en Comités del hospital, aportando con su visión social (Comité de Bioética y Capacitación).

Este CR lo integran las siguientes unidades:

###### (a) Servicio Social

Servicio Social continuará contribuyendo a la incorporación de la dimensión social en la práctica de salud por el bienestar de los usuarios en atención en el hospital. Continuará con el esfuerzo de articular al hospital con la red social existente y en la implementación de otras instituciones que se agreguen a la red.

El propósito del trabajo social en el HSMQ será contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de individuos, familias y grupos, para que éstos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de la salud.

###### (b) Acogida y Recepción

Las funciones de esta unidad serán:

* Entregar una acogida amable al usuario en todos los puntos de acceso al Hospital.
* Orientar a los usuarios respecto a las dependencias del Hospital.
* Participar en Programa de Hospital Amigo en la atención de acogida, ingreso, rotación de visitas y egresos de ellas en todos los horarios dispuestos por el hospital.
* Velar por la seguridad del Hospital, su personal y pacientes hospitalizados.

Esta unidad mantiene constante comunicación, e interactúa coordinando la oportuna atención de los pacientes, con los CR dependientes de la Subdirección Médico Asistencial y de la Subdirección de Gestión del Cuidado. Tiene además un sistema de coordinación con Servicios Generales y su área de mantención ante casos de emergencias.

###### (c) Satisfacción Usuaria

Coordinará las actividades o acciones de las organizaciones comunitarias que aportan a la satisfacción del usuario y conocerá de manera sistemática cual es la percepción de los usuarios de la calidad de la atención prestada por el Hospital, para implementar medidas de mejora en la calidad de atención tanto a los pacientes hospitalizados y ambulatorios como a familiares y comunidad.

Las organizaciones y/o actividades comunitarias son:

###### Voluntariados. Integrantes de la Comunidad que guiadas por su alto espíritu de servicio brindan atención a los usuarios en las áreas más requeridas por los usuarios. Este trabajo permitirá dar la oportunidad de la creación de la Red de Voluntariados de Salud de la Provincia de Quillota, la cual al estar formalmente organizada les permitirá postular a proyectos de capacitación.

###### Acompañamiento Espiritual. Facilitará al paciente y sus familiares la posibilidad de recibir asistencia espiritual según su credo religioso; trabajará para la implementación de un espacio ecuménico; motivará a los representantes de los distintos credos religiosos a tener su organización interna, crear vínculos de trabajo con los equipos de los diferentes servicios clínicos, insertándose adecuadamente en el quehacer hospitalario; integrará a uno o dos representantes en el Consejo Consultivo de usuarios y otras actividades solicitadas por la Dirección.

###### Proyectos Humanizadores. Son los programas creados por los equipos de salud de los diferentes servicios del hospital destinados a complementar la atención entregada normalmente por el establecimiento, agregándole un componente más humano que mejore la calidad de la atención. Estos son:

* Programa “Mujer enfrentando nuevos desafíos”, este surgió como una necesidad de ocupar el tiempo libre de las pacientes hospitalizadas y entregarles información en temas de su interés, esta dirigido a mujeres hospitalizadas en el Sector de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Area Gineco Obstétrica.
* Charlas Informativas diarias a familiares de pacientes hospitalizados en las Áreas Medica, Quirúrgica e Infantil.

###### Estudios de satisfacción. Coordinará y organizará la elaboración de los instrumentos de medición, los grupos de aplicadores del instrumento y efectuará el análisis de las mediciones elevando los resultados y las mejoras propuestas por los usuarios a la Dirección del establecimiento. Las mediciones de satisfacción, se realizarán a los pacientes y familiares.

###### Hospital Amigo. El establecimiento se encuentra certificado como Hospital Amigo. El programa de visitas especiales a pacientes hospitalizados, corresponde a una medida instalada por esa estrategia.

###### En el caso de los adultos mayores, el establecimiento cuenta con un sistema de incorporación de la familia al egreso hospitalario del adulto mayor.

###### Las visitas generales, son de al menos seis horas diarias en Servicios de camas básicas.

###### El acompañamiento diurno y nocturno en los servicios clínicos con camas pediátricas se encuentra autorizado.

###### El acompañamiento a la paciente durante el trabajo de parto, corresponde al “Acompañamiento integral del Parto”.

###### La información a la familia de personas hospitalizadas y durante la atención en la Unidad de Emergencia, se realiza en el 100% de los servicios clínicos del Hospital, que contarán con horario determinado para la entrega de información a familiares de personas hospitalizadas. En la Unidad de Emergencia se ha implementado un sistema de información a la familia, según Orientaciones técnicas de la línea programática Hospital Amigo.

###### El establecimiento como Hospital Amigo, ha instalado las medidas de autorización y protocolo de alimentación asistida, un sistema visible de personas hospitalizadas, y el 100% de los funcionarios cuentan y usan su identificación.

### 1.2. Diseño de Mejoramiento Continuo de la Calidad Asistencial

Una de las preocupaciones permanentes del HSMQ ha sido mejorar de manera continua la calidad de los servicios, sin embargo dentro del proceso de Reforma, la calidad ha dejado de ser una decisión voluntaria de los establecimientos y se ha transformado en una exigencia para todos aquellos que quieran ser considerados dentro de la red de prestadores públicos y privados. La calidad exige procesos en mejoría continua para lo que debe asegurarse de contar con las competencias profesionales requeridas según el estado de desarrollo de la técnica y la tecnología de la actividad asistencial. Estos procesos de aseguramiento y previsión respecto a la existencia de las competencias requeridas, debe realizarse en estrecha colaboración con el Centro de Responsabilidad de Gestión de las Personas en el establecimiento.

La aplicación de la Ley de Autoridad Sanitaria implica el cumplimiento de diversos estándares de estructura, proceso y resultado que de manera paulatina dentro de los próximos años serán exigidos por los seguros de salud o la Intendencia de Prestadores. El requisito básico será contar con la autorización sanitaria, que asegura que los establecimientos cuentan con los requisitos mínimos para ser considerado un establecimiento de salud de determinada complejidad.

Si un establecimiento brinda prestaciones GES, deberá estar acreditado para ello. La acreditación profundizará en componentes estructurales cuando se requieran especificaciones extraordinarias, como puede ser la existencia de certificación de especialistas o la disponibilidad de cierto equipamiento. La acreditación mide, si las instituciones han definido y aplicado procesos de mejoría continua de la calidad en los aspectos que son críticos para la seguridad de los pacientes. Esto es, que evalúen sistemáticamente la calidad de sus prácticas, precaviendo que se produzcan errores, fallas u omisiones que puedan causar daño o afectar el pronóstico de los pacientes, y ejecuten acciones correctivas cada vez que los resultados de tales evaluaciones indiquen que las estructuras, los procesos o los resultados institucionales se apartan del nivel esperado.

La acreditación de los prestadores comprende dos procesos complementarios:

· La acreditación general que comprende la verificación de condiciones institucionales aplicables al prestador en su conjunto

· La acreditación específica que se refiere a características que el prestador debe cumplir para realizar las prestaciones del o los problemas GES que desee atender.

Sin perjuicio que esta acreditación está centrada en requisitos del GES, se considera estratégico incluirla como una línea de desarrollo que incluya en un primer momento el GES y posteriormente los procesos productivos más relevantes, priorizando por aquellos que pueden ser mas riesgosos para los pacientes.[[9]](#footnote-9)

De acuerdo a lo antes descrito, las exigencias de calidad abarcan prácticamente todos los ámbitos de funcionamiento del hospital; por ello se ha considerado que el gran propósito del establecimiento será “instalar la Cultura de la Calidad y la Seguridad del Paciente en toda la Institución”.

La unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, asesora de la Dirección del HSMQ, cuyos objetivos y funciones ya fueron detallados en páginas anteriores, es la responsable de que el propósito mencionado se implemente en la práctica. Cabe mencionar que bajo la dependencia de esta unidad asesora funcionará Infecciones Intrahospitalarias y Vigilancia Epidemiológica.

De manera adicional el Plan Estratégico vigente se ha considerado un proceso de mejoría continua soportado por la realización de auditorías preventivas a los procesos clínicos y administrativos claves del establecimiento:

* Asistencial: muertes maternas, infantiles y del adulto, estadías prolongadas, gestión y calidad del registro en ficha clínica, traslados a establecimientos de mayor complejidad, entrega de informes de anatomía patológica, utilización de horas médicas, garantías GES.
* Administrativa-financiera: funcionamiento de cobranza, convenios, deuda, Chile compras, farmacia y bodega, cumplimiento de programa anual de capacitación.

Este proceso considerará las siguientes etapas:

* Auditorías de procesos clínicos y administrativos críticos del hospital realizados, con manual de procedimiento confeccionado.
* Matriz de riesgo del establecimiento confeccionada por equipo directivo. Auditorias preventivas de proceso críticos detectados mediante matriz de riesgos efectuadas.
* Consolidación del proceso de auditoría como herramienta de mejoramiento continuo de los procesos del establecimiento.
* Procesos internos clínicos y administrativos del establecimiento ajustados a normas ISO de calidad.

### 1.3. Diseño de Centros de Responsabilidad

El modelo de Centros de Responsabilidad se ha basado en los lineamientos establecidos por el MINSAL, estableciendo los CR de acuerdo al proceso o macro-proceso productivo en que se encuentra implicado. Este sustento conceptual está dado por el modelo de Cadena de Valor, en la cual se ordenan las actividades primarias y secundarias de acuerdo a su interrelación.

En la ilustración de la página siguiente se presenta la Cadena de Valor desplegada para el HSMQ.

De acuerdo a este modelo la actividad básica está dada por la actividad asistencial que se brinda a los pacientes y la actividad secundaria o de soporte está dada por aquellas de tipo administrativo financiero y de gestión de usuarios.

Ilustración 3: Cadena de Valor HSMQ - 2008

**Actividad Primaria**

Como en todo establecimiento de salud, la actividad primaria está dada por la atención de los pacientes que implica la combinación de los siguientes procesos:

* Gestión de la infraestructura (box-cama-pabellón-otro) y el equipamiento.
* Gestión del conocimiento médico (especialidad)
* Gestión del recurso de enfermería y matronería
* Gestión de los servicios de apoyo clínico

Estos procesos se encuentran distribuidos en dos subdirecciones (Médica y Gestión de Cuidados) que a su vez dan origen a diversos Centros de Responsabilidad que adicionalmente se diferencian de acuerdo a la criticidad y temporalidad del proceso de atención (electivo-urgente/ambulatorio-hospitalizado)

También, la Subdirección Médica ha incluido dentro de los CR uno destinado específicamente a brindar la información que ayude a optimizar la gestión asistencial. Se decidió mantenerlo en esta dependencia ya que es justamente el equipo clínico el principal cliente de esta información.

Es así como la función asistencial está reflejada en:

* La Subdirección Médica Asistencial, que será responsable de un macro-proceso que integra los siguientes procesos:
* Atención Ambulatoria
* Atención Hospitalizados
* Apoyo Diagnóstico y terapéutico
* Gestión Procesos Clínicos
* La Subdirección de Gestión de Cuidados de Enfermería, que será responsable de gestionar los recursos de enfermería y matronería, vinculados con los siguientes procesos:
* Gestión del Cuidado de Pacientes Ambulatorios
* Gestión del Cuidado de Pacientes Hospitalizados

**Actividades de Soporte**

Estas actividades se han estructurado en tres subdirecciones que tienen bajo su responsabilidad diversos procesos, que se describen a continuación:

* La Subdirección de Atención al Usuario y Participación Social será responsable de coordinar tres procesos:
* Relación con el Usuario, que incluye información y seguimiento de satisfacción usuaria.
* Participación Social, que promueve el trabajo colaborativo con la comunidad organizada.
* Servicio Social, que se preocupa de uso adecuado de la red y beneficios sociales.
* La Subdirección de Finanzas, Recursos Físicos y Abastecimiento será responsable de coordinar procesos:
* Apoyo Administrativo, en materias de finanzas, informática y proyectos
* Abastecimiento, en materias de optimización de este proceso en términos de compras de bienes y servicios.
* Apoyo Logístico, en materias de asegurar el óptimo funcionamiento de la infraestructura y los equipos, además de optimizar procesos de soporte tales como alimentación, lavandería y esterilización.
* La Subdirección de Recursos Humanos será responsable de coordinar los siguientes procesos:
* Operacional a través de la gestión de personal y rentas.
* Estratégico a través del Desarrollo Organizacional, que le permita al hospital contar con un personal motivado y orientado al logro de los objetivos de la organización.
* Estratégico a través del análisis y planificación, que permita entender la dinámica del personal y anticipar los mecanismos de cómo asegurar su disponibilidad.

## 2. Gestión de la Atención y la Satisfacción Usuaria

Para el HSMQ la satisfacción de los usuarios ha sido uno de los principales ejes del modelo de gestión en los últimos 10 años. Hemos sido pioneros a nivel nacional en el desarrollo y adecuación de diversos modelos de organización y dispositivos específicos para este fin. Por ello además de las aplicaciones prácticas, hemos desarrollado una filosofía, principios básicos y una misión propia consistente con la del hospital, lo que se traduce en la creación de la Subdirección de Gestión de Participación y Atención Usuaria. Igualmente se deben abrir líneas de trabajo con el intersector que permitan el análisis y el trabajo sobre las determinantes sociales en salud.

A continuación se describen los elementos centrales que nos han orientado en este proceso.

### 2.1. Hospital Amigo y Abierto a la Familia

En el contexto del nuevo hospital, los familiares contarán con áreas exclusivas, de accesos libres, con infraestructura adecuada que les permita ingresar, deambular y permanecer junto a su paciente durante el período de la hospitalización, parto humanizado, atención médica transcultural, si lo solicita, y apoyo espiritual de acuerdo al credo religioso de los pacientes, y en la atención abierta poder acompañarlo en sus consultas médicas, trámites hospitalarios y cirugías ambulatorias.

Los Proyectos Humanizadores son los programas diseñados por el equipo de salud de los diferentes servicios del hospital destinados a complementar la atención entregada normalmente por el establecimiento, agregándole un componente más humano que mejore la calidad de la atención. Estos son:

* Programa de Visitas especiales a pacientes hospitalizados (Actual Hospital Amigo).
* Programa “Mujer enfrentando nuevos desafíos”, que son Charlas dirigidas a mujeres hospitalizadas en el Sector de Alto Riesgo Obstétrico (ARO)
* Charlas Informativas a familiares de pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina, Cirugía y Pediatría.
* Entrevista Preliminar

De estas iniciativas el Hospital Amigo es el que ofrecerá una mayor diversidad de servicios y se describe a continuación.

Visitas Generales. El sistema de visitas contempla que los pacientes cuenten con Acompañamiento de Familiar o persona significativa durante las 24 horas del día, de acuerdo a disponibilidad del área de hospitalización y estado del paciente.

Acompañamiento Diurno y Nocturno. Este sistema se implementará progresivamente y se trabajará con el familiar o el responsable, un programa de capacitación que promueva los cuidados durante hospitalización y post – alta. Se debe señalar que esta es una opción para la familia del paciente hospitalizado, la cual además se formalizará a través de un compromiso escrito.

Otros Sistemas de Visitas.

Parto Integrado. La familia o persona significativa participará acompañando a la paciente durante el trabajo de pre-parto, parto y puerperio, en el horario que sea necesario.

Lactancia Materna. Las madres que amamantan a Recién Nacidos o lactantes hospitalizados podrán acompañar a sus hijos en el horario acordado con el Equipo de Salud.

Pacientes Terminales y Discapacitados. El ingreso del familiar o responsable podrá ser durante las 24 horas del día, de acuerdo a la evaluación del estado de salud y del área en que está hospitalizado el paciente.

### 2.2. Gestión de los Derechos y Deberes de los Usuarios

Tiene como objetivo entregar de manera cordial, oportuna y suficiente, información sobre todos aquellos aspectos relacionados con la hospitalización y sus derechos y deberes como paciente, mediante la entrega de una Cartilla Informativa al ingreso, disminuyendo en él la ansiedad provocada por el proceso de hospitalización.

Se ha implementado sistemas de información en base a cartillas informativas en todas las salas de espera y puntos de contacto con los usuarios donde se les informa de sus deberes y derechos tanto en la atención cerrada como en la ambulatoria, todo esto basado en la Carta de Derechos del Paciente del MINSAL. Adicionalmente se cuenta con personal disponible para informar directamente a las personas que lo requieran.

### 2.3. Participación

La Participación de la Comunidad es una de las principales estrategias del trabajo de este hospital, por ello cuenta con un área organizada en la cual se planifica y ejecuta las líneas de acción con la comunidad, tales como Satisfacción Usuaria y Participación Ciudadana, en ellas se desarrollan distintas actividades, tales como:

* Comunidad Organizada
* Apoyo Espiritual
* Proyectos Humanizadores
* Voluntariado
* Cuentas Públicas

La institución fortalecerá aquellas instancias orientadas a acercar a la ciudadanía al quehacer de la institución, como ha quedado establecido en los conceptos impartidos en el Diplomado de Participación Social en Salud organizado por el MINSAL en conjunto con la Unión Europea en el año 2008.

**Comunidad Organizada**

Hace más de una década que se está trabajando con la comunidad organizada, manteniendo contacto con una amplia red de organizaciones funcionales y territoriales lo que permite:

* Informar sobre los servicios que brinda el hospital
* Obtener una retroalimentación de la comunidad sobre su percepción del hospital
* Informar a la comunidad sobre elementos relevantes para preservar o mejorar su nivel de salud y su calidad de vida
* Incorporar la visión y necesidades de la comunidad a través de instancias como el Consejo Consultivo.

Con todos estos elementos se busca que las personas se sientan responsables y protagonistas de su propia salud.

La comunidad organizada participa a través de diversas instancias:

* Consejo Consultivo de Usuarios
* Red de Voluntariados
* Corporación de Amigos
* Clubes deportivos
* Organizaciones sociales y funcionales
* Grupos de apoyo de pacientes
* Estadías laborales de Jóvenes y otras instancias de participación.

**Voluntariado**

Estas organizaciones brindan apoyo afectivo y asistencial a los pacientes hospitalizados, sus familiares, pacientes ambulatorios. Estas son complementarias a las realizadas por el equipo de salud, tales como recreación, entrega de alimentación, estimulación, acompañamiento, traslado de sillas, orientación en horario de visitas y entrega de útiles.

Dentro de las políticas del HSMQ se ha incentivado la existencia de voluntariados y su coordinación en red, para lo cual se continuará estableciendo compromisos con los distintos voluntariados que trabajan en el establecimiento, incentivando la creación de nuevos, en áreas deficitarias.

### 2.4. Mediciones de Satisfacción

Dentro de la OIRS se cuenta con una sección destinada a conocer de manera sistemática cual es la percepción de los usuarios (pacientes y familiares) de la calidad de la atención prestada por el Hospital para implementar medidas de mejora en la calidad de atención tanto a los hospitalizados, ambulatorios, familiares y comunidad.

Estas actividades son parte de una política para mantener y mejorar la medición de la satisfacción de pacientes que incluye tanto los instrumentos y métodos de recolección de información, como la generación de las acciones que permitan corregir o mejorar los resultados obtenidos.

## 3. Procesos Asistenciales del Establecimiento

### 3.1. Organización de los Procesos de Atención

#### a) Rediseño de la red de SSVQ

Las prioridades sanitarias nacionales, regionales y del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota serán el marco de referencia para planificar la cartera de servicios de los establecimientos de la red, a través de ellos se:

* Identificarán principales causas de muerte y discapacidad.
* Priorizarán intervenciones clínicas, de acuerdo a
* disponibilidad de respuestas Costo-efectivas
* Preferencias sociales.
* Definirán cobertura de la población de SSVQ-Región-País
* Identificarán las necesidades y demandas de atención de la población.

Esta es una actividad que se desarrollará en estrecha colaboración con el Gestor de Red que vela por los requerimientos generales de la población.

Actualmente el GES-AUGE contiene las principales prioridades sanitarias a nivel nacional, sirviendo de patrón de derivación para la planificación de la cartera de servicios. Sin embargo ella no da cuenta de la totalidad de requerimientos, por lo que se incluirán de manera adicional problemas de salud no cubiertos por el GES-AUGE.[[10]](#footnote-10)

El Modelo de Red del SSVQ[[11]](#footnote-11) vigente y que fue aprobado por Digera en Octubre 2007 propone:

* Redistribución de las comunas actualmente atendidas por el HSMQ:
* Comunas de Zapallar y Papudo a Quintero.
* Comunas de Limache y Olmué a Quilpué.
* Potenciación de la red de UPC: intensivo-intermedio.
* Potenciación de las especialidades médicas y quirúrgicas para las comunas vigentes.

Los cambios básicos al modelo de red consideran:

1. Potenciación de los Hospitales Quillota y Quilpué, en términos de manejo de pacientes críticos, lo que se traducirá en una reducción de las derivaciones hacia el HGF.
2. Redistribución de la población de las comunas de Limache y Olmué desde el HSMQ hacia Quilpué.
3. Fortalecimiento del área costa, con potenciación del Hospital de Quintero hacia donde se redistribuirán los flujos de las comunas de Zapallar y Papudo.

Esta reorganización de la red considera tanto los flujos electivos como los de urgencia, se busca potenciar

* Hospital de Quillota como cabecera de la Provincia de Quillota y Petorca.
* Quilpué como cabecera de la Provincia del Marga Marga.
* Quintero como cabecera del área norte.

Desde una perspectiva asistencial ello implica:

* Creación de la UPC en los Hospitales de Quillota y Quilpué, con atención de pacientes adultos de cuidados intensivos e intermedios y de cuidados intermedios para pacientes pediátricos y neonatológicos. Se destaca que lo principal es trabajar las UPC bajo un concepto de red, de manera que los tres establecimientos (Quillota, Quilpué y Fricke), puedan resolver de manera complementaria los requerimientos de atención.
* Fortalecimiento de las especialidades de alta demanda, potenciando establecimientos ambulatorios (CRS en Quillota y Quilpué, CDT en HGF), que den cuenta de manera integral de los requerimientos de atención de la población.

#### b) Red electiva

Como parte de la red asistencial del SSVQ, el Hospital San Martín recibirá las derivaciones de los establecimientos de su área, de acuerdo a criterios previamente protocolizados, de manera de:

* Evitar errores de referencia y contrarreferencia desde y hacia la red.
* Cumplir con las Garantías Explicitas en Salud (GES-Auge) para todas las patologías implementadas en el hospital
* Mejorar la gestión de las listas de espera de la APS

Para ello se espera contar con:

* Soporte técnico: Grupo de especialistas de la red que acuerda y establece los criterios técnicos y que prestarán asistencia remota a los establecimientos de residencia del paciente, de manera que pueda ser controlado en el lugar más cercano a su domicilio. Se espera se desarrolle un sistema de telemedicina, con especialistas conectados en red y que permitan realizar actividades de asesoría técnica y reuniones clínicas conjuntas.
* Soporte administrativo: Sistema informatizado de citas y controles en línea con la red, que permita optimizar el uso de los cupos disponibles.
* Soporte Social: red de apoyo que brinde soporte a los grupos más vulnerables y con problemas de desplazamiento para hacer un uso más adecuado de la red.

#### c) Red de Urgencia

En la UEH se trabajará en constante coordinación con la red de modo que en el tiempo se logre mejorar la pertinencia en el uso de la Consulta de Urgencia.

Una de las medidas a tomar en el HSMQ es la implementación del selector de demanda en unidad de emergencia. A través del selector de demanda se busca optimizar la oferta de servicios con criterios sanitarios por medio de la selección de pacientes según complejidad y urgencia del diagnóstico; esta es una estrategia que busca categorizar a los pacientes, para priorizar su atención. Al mismo tiempo se generarán sistemas de registros que permitan caracterizar la demanda, para luego poner en marcha los mecanismos de gestión que permitan optimizar la atención.

El HSMQ será un nodo de la red del SSVQ, coordinado con ella a través del Centro Regulador Regional (V Región) y con instancias de articulación dependientes del SSVQ.

A nivel de la comuna de Quillota se estima que ella contará con un SAPU articulado a través de sistemas de derivación y contra derivación establecidos en forma conjunta con atención primaria, lo que podría mejorar la pertinencia de las consultas en el establecimiento. Se contará con móviles básicos y avanzados, con regulación médica desde el Centro regulador regional.

#### d) Red de alta complejidad

El HSMQ no brindará prestaciones de Neurocirugía, trasplantes, gran quemado, oncología y cirugía cardiovascular, continuando con sus derivaciones hacia los Hospitales Van Buren y Gustavo Fricke. Esto no se contrapone con el aumento de complejidad que la red ha definido para el HSMQ, que considera la creación de Unidad de Pacientes Críticos, para el manejo de casos complejos y descompensados de patología general, de especialidades y subespecialidades.

### 3.2. Cartera de servicios

La cartera de servicios ha sido definida acorde con nuestra misión y visión, busca dar respuesta a las necesidades de los usuarios de las Provincias de Quillota y Petorca, al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a los Objetivos Sanitarios emanados desde el Ministerio de Salud y a los Objetivos Estratégicos fijados por el Hospital San Martín de Quillota.

La presente cartera de servicios se encuentra definida por centros de responsabilidad, que continúa la señalada lógica estructural del establecimiento en la actualidad, articulándose en forma dinámica para satisfacer debidamente los requerimientos individuales de cada paciente o usuario, tanto en su demanda electiva como en aquella de urgencia.

La orientación de la cartera de servicio se relaciona con:

* Concentración de prestaciones de apoyo en el SSVQ
* Concentración de prestaciones complejas en el HGF
* Desconcentración de mediana complejidad en Quillota que incluye:
* *Unidad de Intermedio Médico Quirúrgico, adulto, pediátrico y de neonatología.*
* *Diversificación de prestaciones de imagenología.*
* *Diversificación prestaciones de Traumatología, Otorrino, Traumatología y Dermatología como especialidades transversales (Adulto/Infantil).*
* *Desarrollo y consolidación de las especialidades del Adulto: Endocrinología, Gastroenterología, Cardiología, Broncopulmonar, Neurología y Nefrología.*
* *Desarrollo y consolidación de las especialidades pediátricas: Neurología, Cardiología, Broncopulmonar, Cirugía Infantil y Endocrinología.*
* Nuevas prestaciones
* *Rehabilitación Integral.*
* *Corta Estadía Psiquiátrica.*
* *Diálisis*
* Creación de grupos interdisciplinarios e integrados con la red para:
* *Manejo de la Obesidad y Sobrepeso.*
* *Salud Mental.*

Cabe hacer presente que en la nueva cartera de prestaciones hay especialidades transversales, tales como Otorrino y Oftalmología, y otras subespecialidades, que son fundamentales para otorgar la resolutividad esperada en este centro hospitalario. De no contarse con los especialistas por la vía tradicional de la ley 19.664, aún colocando asignaciones de falencia, o contratos de 500 Especialistas, se recurrirá a otras estrategias, tales como Consultoría de Llamada o Compra de Servicios.

En anexo se incluye Cartera de Servicio desplegada.

### 3.3. Gestión Clínica

El hospital tiene como objetivo potenciar esta actividad de manera de incrementar la eficacia y eficiencia del accionar tanto dentro del establecimiento como hacia la red. Nuestra visión es que la Gestión Clínica es una potente herramienta que permite mejorar nuestra respuesta asistencial a través de:

* Reducir la variabilidad de la práctica clínica.
* Optimizar el proceso de cuidados clínicos.
* Optimizar el uso de los recursos (gestión de lista de espera).

Para que el proceso de gestión clínica sea exitoso es indispensable estructurarlo como un proceso que combine el desarrollo de instrumentos técnicos tales como los protocolos y Medicina Basada en la Evidencia con instancias de gestión provenientes del ámbito de aseguramiento de la calidad, de manera que se genere un ciclo virtuoso entre la definición del tema a protocolizar, elaboración de los instrumentos, aplicación y evaluación.

Para llevar a cabo este proceso es necesario diseñarlo con un sistema de mejoría continua, para lo cual se deben considerar al menos las siguientes fases:

1. Definir al grupo responsable.
2. Establecer los problemas relevantes que enfrentan.
3. Análisis de FODA.
4. Elaborar y validar documentación escrita.
5. Capacitar al personal responsable de la aplicación de la documentación.
6. Identificar variables medibles de la documentación.
7. Evaluar la aplicación de la documentación.
8. Establecer medidas de corrección de la práctica y/o ajuste de la documentación.
9. Diseño y creación de indicadores.
10. Incorporar nuevas prestaciones a la documentación.

**Identificar el grupo responsable**

Este proceso se inicia con la identificación de los responsables de llevar adelante la iniciativa. A nivel de los médicos, les corresponde a los Jefes de Especialidad a través del centro de responsabilidad liderar por el desarrollo del proceso, debiendo velar porque el modelo considere todo el continuo asistencial, desde la atención primaria de la salud a la atención de especialidad.

Sin perjuicio de lo anterior, todos los procesos de la salud deben desarrollar un modelo de gestión clínica en los ámbitos propios de su competencia, donde el liderazgo puede recaer en cualquier profesional del equipo de salud.

**Establecer los problemas relevantes que enfrentan**

Los procesos a estandarizar se seleccionan a partir de su relevancia dentro de trabajo hospitalario, que considera el perfil epidemiológico de la demanda y las prioridades sanitarias definidas. Los instrumentos de gestión clínica deben permitir regular la indicación de:

* Medicamentos e insumos
* Exámenes
* Procedimientos
* Nutrición
* Productos sanguíneos
* Altas
* Otros

**Elaborar y validar documentación escrita**

Una vez definido el problema a trabajar ej. Diagnóstico y Tratamiento Neumonía Neumocócica se analiza la evidencia que existe en la materia de forma de determinar el peso científico de ellas, para lo cual se utiliza la Medicina Basada en la Evidencia como metodología base, que entrega las herramientas para ayudar en la selección de las fuentes de información relevantes.

Una vez establecida la evidencia se genera la documentación escrita que la contenga, la cual puede tener forma de Guías de Práctica Clínica, Protocolos, Normas Técnicas u otro instrumento dependiendo del alcance que se busque.

Finalmente debe existir un proceso de validación interna que permita definir si el documento está en condiciones de ser distribuido, en este proceso se debe contar con la autorización formal dentro de la organización del hospital.

**Capacitar al personal responsable de la aplicación de la documentación**

Dependiendo del alcance del documento se debe involucrar a todos los actores vinculados al proceso de manera que puedan conocer su contenido. En este punto es relevante que tanto el equipo que trabaja en horario hábil como el de urgencia tengan la misma información y formación. La documentación debe estar disponible 24 horas para ser consultada por el equipo.

**Identificar variables medibles del proceso**

Dentro de la documentación se debe incluir un capítulo donde se indiquen las variables que se utilizarán para medir su aplicación.

**Evaluar la aplicación de la documentación**

Estará definido el procedimiento de evaluación en la aplicación del documento, el que puede ser de tipo sistemático ej. Una vez por mes se hace una revisión de todos los casos y se verifica la aplicación del estándar. O puede ser de tipo aleatorio de manera de seleccionar al azar algún caso que es evaluado en profundidad.

**Establecer medidas de corrección de la práctica y/o ajuste de la documentación**

De manera simultánea a la verificación de la práctica, es indispensable considerar la inclusión de correcciones o ajustes a los documentos, de manera de mantener su vigencia en el tiempo.

**Incorporar nuevas prestaciones a la documentación**

Se debe estar abierto a la inclusión de nuevos problemas o procesos, en la medida que se va estandarizando los de mayor frecuencia.

El proceso descrito se resume en el siguiente esquema:

Ilustración 4: Ciclo de la Gestión Clínica



#### a) Estandarización del diagnóstico y tratamiento

Las Unidades asesoras de Gestión Clínica de la Subdirección Médica y de Calidad de Cuidados de la Subdirección de Cuidados serán las responsables de recopilar, estandarizar, proponer y capacitar en el proceso de estandarización del diagnóstico y tratamiento.

Sin perjuicio que cada Subdirección es responsable de su ámbito de gestión propio, ellas trabajarán de manera conjunta el desarrollo de los temas.

La fuente de esta documentación podrá ser: MINSAL, SS, Otros Hospitales, Diagnóstico propio a partir del perfil epidemiológico.

En una primera fase, será indispensable efectuar una evaluación de las guías con las que es necesario contar, estableciendo de manera posterior los mecanismos para su desarrollo.

#### b) Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

La MBE representará el método básico para la elaboración de Guías y Protocolos, para lo cual esta función será desarrollada por una unidad asesora del nivel de la Dirección del Hospital, ya que combina tanto elementos Clínicos (MBE) como de tecnologías y otras prácticas (ETESA- Evaluación de Tecnologías Sanitarias).

La Unidad responsable contará con la capacitación, medios tecnológicos y suscripciones necesarias para efectuar su labor.

#### c) Sistemas de información

Ya fueron descritos dentro de la organización futura y parte de ellos da cuenta de la necesidad relacionada con la Gestión Clínica.

#### d) Gestión de cuidados

Esta área se implementará en lo establecido en el DFL140, desplegando la información de los conceptos fundamentales, elaborando manuales de organización y sistemas de trabajo. Dentro de la organización poseerá el rango de Subdirección.

La gestión de cuidados requiere las siguientes características:

* Coordinación centralizada: En el establecimiento existirán varias unidades responsables del cuidado de los pacientes, para ello es necesario velar porque los criterios utilizados sean homogéneos desde su ingreso hasta su alta.
* Transversalidad: Para velar por la continuidad del flujo del paciente durante su estadía, se requiere que exista una visión transversal de los diferentes centros de responsabilidad y que permita la continuidad del cuidado del paciente, mientras es participe de los procesos clínicos.
* Información altamente tecnologizada: se requiere una información con carácter de instantaneidad, actualizada, integrada, de fácil conectividad y con un panel central de comando.
* Conexión en red para el mejor uso de los recursos

#### e) Gestión de camas

La gestión de camas considera:

* Gestión Central de Camas Indiferenciadas con implementación de Atención Progresiva.
* Categorización diaria de pacientes por riesgo y dependencia.
* Creación de unidad de cuidados críticos.

Las camas serán de tipo indiferenciado, separadas en:

* Unidad de Cuidados Críticos
* Camas Médico-Quirúrgicas del Adulto
* Camas Pediátricas
* Camas Obstétricas
* Pensionado
* Psiquiatría Corta Estadía

La Unidad de Gestión de Hospitalización, que tendrá las siguientes funciones:

* Gestionar y optimizar los recursos camas disponibles de atención cerrada en relación a la demanda.
* Determinar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a las prestaciones de atención cerrada, de acuerdo a criterios establecidos.
* Coordinar con jefes de pabellones, los requerimientos de camas de acuerdo a tabla quirúrgica.
* Definir y monitorear los indicadores de gestión de cama para cada especialidad.
* Elaborar conjuntamente con los Jefes de áreas clínicas, planes de acciones correctivas, para intervenir indicadores fueras de estándar.
* Colaborar con el Jefe del CRS, en la gestión de lista de espera.
* Supervisar en terreno el uso de camas.

#### f) Ambulatorización de la atención

La evidencia internacional ha demostrado que el proceso de ambulatorización es beneficioso para la sociedad incluyendo pacientes y equipo de salud. Para potenciar esta estrategia se ha desarrollado diversas propuestas que incluyen infraestructura, personal y equipos propios, dentro de las principales destacan:

* Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria
* Categorización de pacientes
* Hospitalización Domiciliaria
* Unidad de Medicina Ambulatoria

Todas estas soluciones permiten un manejo ambulatorio integral de los pacientes. Cabe destacar que a ellas contribuyen adicionalmente, las actividades relacionadas con la participación social y el voluntariado.

#### g) Continuidad de la atención

El proceso de atención responde a un modelo de cadena continua de cuidados que se inicia desde que el hospital reconoce el ingreso formal a su dependencia hasta que la deja (que incluye atención en domicilio). A través del enfoque de red este límite posiblemente tienda a expandirse en la medida que el hospital interactúe con otros establecimientos velando por un manejo integral del paciente. Este trabajo se desarrollará a través de micro redes de subespecialidad o específicas para patologías de alto impacto o alta morbimortalidad

La secuencia de actividades que dan cuenta de este proceso son:

* Interacción con la red en la recepción de pacientes (derivación), desde la Atención Primaria u otro Servicio de Salud.
* Solicitud de atención.
* Admisión o Consulta (gestión de cupos –criterios técnicos de admisión).
* Manejo intraestablecimiento.
* Alta.
* Contraderivación.
* Seguimiento Post-Alta.

Dada la diversidad de pacientes estos flujos pueden presentar una importante variabilidad por los que se describirán los tópicos principales que permiten entender su funcionamiento.

##### (1) Interacción con la red

En un contexto de red, todos los establecimientos contarán con carteras de servicios complementarias entre sí (territorio-especialidad-horario de funcionamiento), de manera de evitar la sobreposición de funciones y recursos, salvo en aquellas prestaciones que por condiciones de urgencia o accesibilidad lo justifiquen (ej. red de urgencia)

En lo formal la interacción con la red derivadora será regulada a nivel del SSVQ por el Gestor de Red local y a nivel supra SSVQ por el Gestor de Macroredes de la Subsecretaría de Redes. Estas interacciones están reguladas por las siguientes redes:

* Red de Urgencia: del SSVQ o en coordinación con los otros SS de la V Región
* Red Electiva del SSVQ
* Red de Alta Especialidad SSVQ y Supra SS

En esta actividad quedarán regulados los criterios técnicos (elegibilidad clínica), administrativos (procedimientos de derivación) y financieros (si es que hay algún pago asociado)

Se velará por la continuidad de los cuidados en toda la cadena de atención, desde el domicilio hasta la internación, además del cuidado entre los nodos de las cadenas como son los traslados o tiempos de espera en sus domicilios para el siguiente proceso, de manera que su manejo sea consistente y coherente.

En el documento “Modelo de Organización y Gestión de la Red SSVQ” se describe en detalle los criterios para desarrollar este componente.

##### (2) Solicitud de atención

El proceso se inicia con la solicitud de atención que puede ser de tipo urgente o electivo. La demanda puede provenir de:

* Consulta espontánea a la Unidad de Emergencia
* Otro establecimiento de la red SSVQ (APS u Hospital)
* Otro SS
* Establecimiento particular
* Persona no institucional (directa o mediada por un médico)
* Derivación intraestablecimiento

La solicitud puede determinar o no la recepción del paciente, dependiendo de variables tales como condición clínica, pertinencia técnica o administrativa de la derivación, disponibilidad de cupos.

##### (3) Admisión o Consulta (gestión de cupos –criterios técnicos de admisión)

Los pacientes institucionales (del SSVQ u otro SS) acceden al hospital por dos puertas principales:

* Atención de Urgencia a través de las dos Unidades (Adulto-Pediátrica; Gineco-obstétrica).
* Atención Electiva a través del CRS.

Para los pacientes no institucionales, se agrega a las anteriores, la derivación al pensionado, pabellón o procedimientos, directamente desde la consulta del médico.

Los procesos de derivación provienen de diversas fuentes y que implican la movilización física de los pacientes y sus familiares. El umbral entre el interior y exterior del hospital está dado por la gestión de red que se haga, de manera que debe existir un alineamiento entre ambas para evitar derivaciones innecesarias o frustradas.

##### (4) Manejo intraestablecimiento

Sin perjuicio que existen flujos de pacientes más frecuentes dentro del establecimiento, en la práctica es posible que los pacientes puedan circular entre las siguientes unidades del establecimiento:

* Unidad de Emergencia
* UPC
* Camas Indiferenciadas de Adulto
* Camas Pediátricas
* Camas Obstétricas
* Camas Psiquiátricas
* Pensionado
* Pabellones Quirúrgicos
* Hospital de Día
* Consultas y Procedimientos
* Hospitalización Domiciliaria o en Convenio

Dado que el requerimiento de atención depende de la condición clínica del paciente, es posible construir múltiples flujos entre los dispositivos del complejo, lo que se ilustra con las múltiples flechas de interconexión en la figura siguiente.

Ilustración 5: Dispositivos de atención clínica intraestablecimiento



##### (5) Alta

Este proceso debe establecer el plan de manejo y seguimiento de los pacientes de manera de verificar:

* Que el paciente fue referido al dispositivo que mejor pueda responder a sus requerimientos de cuidado.
* Estos dispositivos son los mismos descritos en el título de “solicitud de atención”

##### (6) Contraderivación

Puede coincidir con el alta o ser parte del proceso Post Alta en la medida que el paciente pueda haber sido citado a control posterior a su egreso.

Este es un proceso habitualmente incompleto, siendo indispensable que el equipo que refirió al pacientes cuente con la información sobre los diagnóstico y procedimientos efectuados, que le permita establecer un adecuado programa de seguimiento en caso de ser necesario y especialmente coordinados digitalmente para la oportunidad de la atención y asegurar el pronto control en la APS.

##### (7) Seguimiento Post-Alta

Bajo el concepto de red, con integralidad de la atención y continuidad de cuidados es indispensable contar a nivel de la red del SSVQ o extra SS con un plan de seguimiento que permita:

* Apoyar a los equipos locales en el manejo de los pacientes que lo requieran, de manera de verificar la continuidad de cuidados y promover que los pacientes (especialmente los con patología crónica) se mantengan compensados.
* Evaluar de forma ex–post la calidad del servicio brindado (trato, eficacia de tratamiento)

### 3.4. Instalación y Desarrollo del Modelo de Atención Progresiva

A través de la oferta de servicios y dispositivos sanitarios se busca responder a las demandas de la población. Ella combina dos elementos que es necesario diferenciar al momento de proponer una red de servicios que son el tiempo que dura habitualmente el problema de salud y el compromiso funcional que genera.

La duración o el tiempo que dura habitualmente el problema de salud se relaciona con la historia natural de las enfermedades y la posible modificación que puede tener a través de los métodos terapéuticos disponible, ello permite diferenciar problemas agudos y crónicos.

Por otra parte el compromiso funcional da cuenta de la gravedad de la condición y casi automáticamente de la respuesta sanitaria. Sin embargo en la medida que pacientes con problemas graves y crónicos aumentan su sobre vida y los medios disponible no permiten mejorar su calidad de vida o potencialmente presenten un riesgo para la persona, se hace necesario considerar nuevos dispositivos que permitan brindar cuidados de soporte o paliativo en un ambiente extra-hospitalario

La siguiente tabla presenta la combinación de ambos elementos y su relación con los tipos de dispositivos. Luego se muestra un esquema en el que se relacionan los requerimientos sanitarios de los pacientes con los correspondientes dispositivos asistenciales.

Tabla 7: Perfil de demanda y dispositivos asistenciales

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Compromiso Funcional** | | |
|  |  | **Bajo** | **Medio** | **Alto** |
| Duración | Crónica | APS | Hospital General  Hosp. Domicilio o Residencia Médico Social  Hospital de Día | Hosp. Domicilio o Residencia Médico Social |
| Aguda | APS | Hospital General  Hosp. Domicilio o Residencia Médico Social  Hospital de Día | UPC |

Fuente: Elaboración Dr. I.Astorga (2005)

Ilustración 6: Requerimientos Sanitarios v/s Dispositivos Asistenciales

A nivel del hospital estas variables ayudan a identificar los recursos asistenciales necesarios para cada tipo de paciente, para ello se desarrollan a continuación los modelos relacionados con el manejo de hospitalización progresiva, domiciliaria y de día.

Las Subdirecciones Médica y de Gestión de Cuidados son las responsables de gestionar de manera conjunta las actividades que cada uno de los procesos requiere.

#### a) Hospitalización progresiva

Como parte de la Cadena de Cuidados se considera que el hospital es uno de los eslabones de ella. Dentro del Hospital se contará con tres áreas de servicio que permitirán responder a la demanda de cuidados de los usuarios:

**Cuidados Críticos**: compuesta por la Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad de Intermedio Pediátrico y la Unidad Intermedia de Neonatología. Este nivel de cuidados está destinado a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida, y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ellos se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado hasta la compensación de sus signos vitales y hemodinámicos.

**Cuidados Medios**: considera camas para pacientes Médicos, Quirúrgicos, Pediátricos, Obstétrico, Pensionado y Agudos, las que se organizarán de acuerdo a los requerimientos de cuidados de los pacientes. Esta área está destinada a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad. Se asocian a una fase aguda de enfermedad del paciente, que en general debiera compensarse en pocos días.

Los afluentes de este nivel de atención son pacientes provenientes de la unidad de emergencia (observación y posterior derivación) y camas críticas. En estas camas se debe mantener una vigilancia estrecha y periódica de los parámetros vitales de los pacientes, además se realiza atención integral con alta demanda de cuidados de enfermería, por lo tanto, el perfil de pacientes corresponde a mediano riesgo y alta dependencia

**Cuidados Básicos**: Este nivel de cuidados está destinado a pacientes que, estando en cualquiera de las etapas de una enfermedad (evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o recuperación), requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería básicos. En general, en este nivel se entrega atención de especialidad en ámbitos de adulto, pediátrico y gineco-obstétrico. Para el nuevo Hospital de Marga Marga, está fundamentalmente referido a hospitalización domiciliaria, Obstetricia y Hospitalización de Día.

Resulta indispensable implementar la estrategia de camas indiferenciadas, lo que implica que técnicamente las camas son administradas como un pool, de acuerdo a criterio de complejidad de los pacientes, determinado por su categorización, riesgo-dependencia y el diagnóstico clínico.

Las Subdirecciones Médica y de Gestión del Cuidado son las responsables de gestionar de manera integrada esta cadena de cuidados, verificando la disponibilidad de cupos y estableciendo los requerimientos de cuidados de los pacientes, siendo indispensable para ello la existencia de:

* Gestión centralizada de camas
* Camas indiferenciadas
* Categorización riesgo- dependencia

#### b) Hospitalización domiciliaria

El objetivo esencial de la hospitalización domiciliaria será:

* Mantener al paciente en su entorno familiar, mejorando su calidad de vida.
* Trasladar a su domicilio a los pacientes, que requiriendo cuidados médicos y de enfermería de baja complejidad, puedan ser apoyados por la familia con visitas periódicas y programadas de profesionales del establecimiento y por tanto disminuir el riesgo de infecciones u otras complicaciones que se presentan por el proceso de hospitalización.
* Mejorar la eficiencia en el uso de las camas del establecimiento.
* Acortar el tiempo de resolución de las patologías de los pacientes en lista de espera.
* Disminuir el gasto sanitario, incrementando la rentabilidad social de los recursos empleados.

La diferencia que existe entre hospitalización domiciliaria y atención domiciliaria radica en que los primeros son pacientes que requieren de un control médico permanente, pues aun no han sido dados de alta, y la segunda es básicamente una atención centrada en los cuidados de enfermería, para pacientes de baja complejidad y una supervisión médica periódica.

#### c) Hospital de día

La hospitalización de día se otorgará a pacientes cuyos problemas de salud requieren de atención sólo diurna, para lo cual, se implementarán áreas con sistema de sillones o camillas de uso indiferenciado, que involucrará las áreas de:

* Cirugía Mayor ambulatoria
* Medicina ambulatoria
* Diálisis
* Cuidados paliativos
* Endoscopías

Para el caso de la hospitalización diurna de Salud Mental, se aplicarán las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría (Minsal, 2002).

#### d) Integralidad del Modelo de Atención

Se considera aplicar un Modelo de Atención Integral (basado en el Modelo de Salud Familiar), fundado en el hecho que un paciente enfermo no es sólo un órgano o función dañada, sino una persona integral para quien la enfermedad se ha originado en un modelo multicausal y donde la respuesta que se articule comprenda esta complejidad.

Las principales variables que permiten gestionar este proceso son:

* La etapa del ciclo vital (individual y familiar) en que se encuentra el usuario, lo que permite planificar el modelo de cuidados que se le ofrecerán.
* La inserción de los usuarios en una familia y una comunidad.

Para ello los ejes del modelo de Salud Familiar Hospitalario son:

* Cuidados de Salud Integral, que exige una evaluación integral de la condición clínica de los pacientes y se genera una respuesta integrada, considerando los cuidados Médicos, de Enfermería, de Salud Mental, Nutrición, Rehabilitación y Servicio social.
* Integración Familiar, que promueve activamente el rol de la familia a través de:
* Educación respecto a los cuidados que requiere el paciente
* Identificación de factores familiares que puedan influir en la evolución del paciente
* Participación activa en los cuidados básicos del paciente
* Flexibilidad de las visitas y eventual “co-hospitalización”
* Integración con la red:
* Coordinación activa con la APS donde reside el paciente, de manera de velar por la continuidad de la atención y la identificación de actividades de promoción y prevención locales ej. Participación en programa de diabetes
* Coordinación con organizaciones de apoyo de pacientes.

En la práctica la aplicación del modelo implicará el desarrollo de los siguientes instrumentos e instancias de gestión:

* Cuidados médicos basados en protocolos y guías clínicas sujetas a un proceso de revisión sistemática.
* Cuidados de enfermería basados en protocolos de prácticas clínicas. Adicionalmente se utilizará la categorización de pacientes para organizar el proceso de cuidados.
* Cuidados de Salud Mental, basado en la aplicación de un score de salud mental que permita identificar patologías intercurrentes.
* Cuidados Sociales, basados en un score de riesgo social que permita establecer la priorización de la intervención y asignación de recursos a los usuarios más vulnerables en salud, con la habilitación de los programas sociales gubernamentales y no gubernamentales, que coadyuven directa o indirectamente a la rehabilitación clínica de los usuarios, a través de la coordinación de redes sociales, familiares e intersectoriales relevantes para el manejo del problema de salud del paciente.
* Cuidados familiares, basados en score y aplicación de instrumentos de gestión de medicina familiar, para determinar sus factores de riesgo, de protección y grado de funcionalidad, para fomentar la capacidad de sostén y red directa al miembro enfermo
* Continuidad de cuidados con la red, familia o comunidad, que implica combinar el modelo de “caso resuelto” para las personas que presentan problemas de tipo agudo y “caso compensado” para las personas que presentan problemas de tipo crónica que no se resuelve, se compensa.

Todos estos componentes generan un indicador de riesgo biopsicosocial de los usuarios, a manejar por el equipo de salud y en lo concreto con la incorporación en la ficha clínica de un score de riesgo sistémico, que permite establecer un modelo de intervención integral adecuado a cada paciente.

## 4. Gestión de las Personas

Será función de la gestión de las personas impulsar el desarrollo de una gestión de recursos humano que integre la dimensión estratégica de la reforma y la aplicación de conocimientos, técnicas e instrumentos en los campos de la planificación y gestión del personal, en la adecuada determinación y mantenimiento de la dotación requerida, en la gestión del desempeño y en la administración del ciclo de vida laboral, así como en la mantención y desarrollo de las competencias requeridas por la institución.

Esta función será asumida por la Subdirección de Recursos Humanos y fue descrita en la organización del hospital.

El área de Recursos Humanos apunta a enfrentar sus desafíos desde cuatro áreas estratégicas:

* Desarrollo de Competencias necesarias para implementar el nuevo modelo de atención y los requisitos que la reforma exige. Esto implica generar un cambio en los modelos de reclutamiento y selección así como de promoción y requisitos específicos para cada cargo, junto con el apoyo a las personas en el desarrollo de estas competencias que hayan sido definidas como necesarias para cubrir las brechas que éstas presenten.
* Desarrollo de modelo administrativo legal que permita cumplir con la totalidad de los requisitos administrativos, legales y de acreditación con el fin de ajustarse a derecho en todas las decisiones y acciones velando por el buen y eficiente manejo de los recursos públicos.
* Apoyo a la Calidad de Vida de los funcionarios con el fin de cumplir el fin social de generar un entorno que nos permita apoyar a la persona en su integralidad, preocupándonos de su salud, su apoyo al bienestar familiar y entrega de beneficios, con el fin de apoyar el desarrollo integral de las personas según los lineamientos del Estado.
* Desarrollo Organizacional: desarrollar un clima laboral participativo, humano y que fomente en los funcionarios la adaptación al cambio de manera tal de crear una organización flexible que se adecue al cambio y pueda enfrentar de manera más eficaz los requisitos que un entorno cambiante presentará en el futuro.

## 5. Modelo de Procesos de Apoyo o Soporte

En los títulos del CR de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, dependiente de la Subdirección Médico Asistencial, y del CR Apoyo Operacional, dependiente de la Subdirección de Gestión Administrativa, se describió de manera detallada las unidades involucradas. Sin perjuicio de encontrarse en dependencias diferentes de la organización, existe un modelo conceptual común que subyace a estos procesos.

La logística considera la gerencia coordinada de los flujos de materiales, servicios y de información a través de la organización, lo que permite simplificar el control de costos totales, mejorar la calidad del servicio, maximizar el servicio de cliente.

Las principales fuentes de creación de valor de la gestión logística son:

* Mejores precios de compra
* Reducción de los stocks
* Reducción en merma y obsolescencia de los stocks
* Reducción de espacios físicos de almacenamiento
* Reducción de los tiempos de detención del proceso de atención por mejor oportunidad en el servicio o en el abastecimiento de insumos.

Para lograr un sistema logístico eficiente es indispensable contar con tecnología de soporte, que permita conocer la disponibilidad y requerimientos de insumos y productos en tiempo real, además de sistemas de control donde sea fácil establecer la responsabilidad de las personas en el proceso.

Las principales actividades donde la logística agrega valor son:

* Farmacia
* Laboratorio
* Unidad de Medicina Transfusional
* Imagenología
* Anatomía Patológica
* Esterilización
* Alimentación
* Lavandería y Ropería
* Movilización interna y externa
* Aseo
* Vigilancia
* Mantención infraestructura – equipos –vehículos
* Gestión de insumos industriales: Energía (Electricidad, Petróleo, Gas), Aguas y Gases (Oxigeno, Aire Comprimido, Oxido Nitroso, Otros).

Este listado considera dos tipos de logísticas cuya gestión presenta algunas diferencias y son: Logística de Materiales y Logística de Servicio.

### 5.1. Logística de Materiales

Considera el flujo de materiales e insumos utilizados en procesos clínicos y de apoyo. El objetivo es conseguir el equilibrio entre: Compra; Distribución y Almacenaje de materiales, para lo cual es recomendable contar con una cadena integrada que va desde la compra al usuario final, que se presenta en la siguiente ilustración.

Ilustración 8: Esquema Básico Logística de Materiales



El modelo logístico puede considerar diversas modalidades de distribución, dependiendo del tipo de producto y contrato, tal como lo muestra la siguiente ilustración.

Ilustración 9: Alternativas de Distribución de Materiales



En el esquema se distinguen tres modelos:

* A través de bodegas central y activa
* Directo del proveedor al punto de consumo
* Bodega en consignación del proveedor

El objetivo de este modelo es diseñarlo de forma que se asegure el abastecimiento oportuno y con la calidad necesaria al punto de consumo, al menor costo posible. El costo considera:

* Inversión a través de la construcción y mantención de bodegas
* Operación dado por:
* RRHH involucrado
* Pérdida de productos en la cadena de distribución por merma, obsolescencia u otro factor.

El hospital debe identificar qué riesgo de la cadena está en condiciones de ofrecer de manera más eficiente que la empresa proveedora, no existiendo una respuesta única, sino que depende de las competencias propias y de la oferta de mercado.

### 5.2. Logística de Servicio

El funcionamiento del hospital implica el desplazamiento de equipos y personas. El objetivo de la logística de servicio es optimizar los desplazamientos, lo que permite optimizar el gasto directo e indirecto de:

* Recursos humanos destinados a movilizar pacientes, materiales y equipos.
* Medios de desplazamiento: carros, camillas, sillas, otros.
* Espacio físico destinado al almacenamiento de los medios de transportes y equipos.
* Stock de equipos móviles, ej. Ecotomógrafo, ECG, Rx. Portátil, otros.

# IV. Anexo: Propuesta de Desarrollo de la Red SSVQ[[12]](#footnote-12)

De manera concomitante al EPH del HSMQ se está desarrollando el EPH del HGF, ello ha representado una oportunidad para evaluar opciones de organización de la Red del SSVQ que permitan responder de manera más eficiente a los cambios de la demanda dados por el crecimiento poblacional y la modificación de la accesibilidad poblacional.

El crecimiento poblacional presenta dos patrones:

* Alto Crecimiento permanente en el eje Quilpué –Villa Alemana (provincia de Marga-Marga) que tiene un crecimiento proyectado del un 26% entre el 2006 y 2016. Cabe hacer notar que esta es la zona de mayor crecimiento poblacional de la V Región.
* Moderado crecimiento permanente en el área Costa Norte (Zapallar, Papudo, Puchuncaví, Quintero) que tiene un crecimiento proyectado de un 16% entre el 2006 y 2016. Sin embargo, esta área presenta importantes incrementos de población en los meses de verano y días feriados.

Los cambios en la accesibilidad están dados principalmente por la mejoría de la red interurbana que ha reducido de manera significativa los tiempos de viaje. De acuerdo a los antecedentes disponibles este fenómeno debería continuar los próximos años.

El objetivo central para el desarrollo propuesto es mejorar el acceso y calidad de los servicios entregados por la red del SSVQ, para ello se combinan estrategias de:

* Aumentar la resolutividad de 3 de los Hospitales de la red
* Concentración de prestaciones de alta complejidad y baja frecuencia que requieran:

1. Personal altamente especializado
2. Medios diagnósticos y terapéuticos
3. Alcanzar tamaño mínimo que asegure calidad técnica

* Reordenar los flujos de los usuarios de manera de reducir el costo usuario de la población (tiempo y costo de transporte), orientándolo lo más rápidamente posible a los puntos donde su problema pueda ser resuelto

Estos criterios se utilizaron para modelar la cartera de servicios brindados por los hospitales de la red, ella está contenida en un anexo específico y establece recomendaciones de concentración y desconcentración respectivamente.

Sin perjuicio de lo anterior, el concepto que cruza la propuesta clínica es la de funcionamiento en red que implica:

* Carteras complementarias en la red
* Protocolos de derivación y contraderivación
* Sistemas de agendamiento de recursos especializados que aseguren la equidad en el acceso a nivel de toda la red
* Sistema de monitoreo y ajuste al funcionamiento de la red

Adicionalmente y como una estrategia para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de apoyo de la red de establecimientos, se propone transformar un modelo de organización atomizado a nivel hospitalario a otro integrado de los siguientes servicios:

1. Apoyo Clínico: Laboratorio, Imagenología, Anatomía patológica
2. Apoyo Administrativo: SOME, Finanzas, Recursos Humanos, Tecnologías de Información
3. Apoyo Logístico: Esterilización, Lavandería, Aseo, Alimentación, Abastecimiento, Servicios Generales, Proyectos, Movilización, Mantenimiento, Gestión de contratos

Los cambios básicos al modelo de red consideran:

1. Potenciación de los hospitales Quillota y Quilpué en términos de aumento de la cartera de servicios y de manejo de paciente crítico. Ello se traducirá en una reducción de las derivaciones hacia HGF provenientes de las áreas de cobertura de estos establecimientos.
2. Redistribución de la población de las comunas de Limache y Olmué desde el H. de Quillota hacia Quilpué.
3. Fortalecimiento del área costa, con potenciación del Hospital de Quintero, hacia donde son redistribuidos los flujos de las comunas de Zapallar y Papudo.

Esta reorganización de la red considera tanto los flujos electivos como los de urgencia y se busca potenciar:

* Hospital de Quillota como cabecera las Provincias de Quillota y Petorca
* Hospital de Quilpué como cabecera de la Provincia de Marga-Marga
* Hospital de Quintero como cabecera del área Costa Norte

Desde una perspectiva asistencial, ello implica:

* Creación de UPC en los hospitales de Quillota y Quilpué. Cabe destacar que el concepto base es trabajar las UPC bajo un concepto de red de manera que los tres establecimientos, Quillota y Quilpué con Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de adultos y Cuidados Intermedios pediátricos y neonatológicos y el Hospital G. Fricke con Unidad de Cuidados intensivos e Intermedios de adulto, pediátrico y neonatológico, de forma que puedan resolver de manera complementaria los requerimientos de atención.
* Fortalecimiento de las especialidades de alta demanda potenciando establecimientos ambulatorios (CRS en Quillota y Quilpué; CDT en HGF) que den cuenta de manera integral de los requerimientos de atención de la población.

En la práctica será responsabilidad del Gestor de Red asegurar la equidad en el acceso, la calidad del servicio y la eficiencia de aquellos servicios que se gestionen bajo este modelo.

Todos los conceptos planteados en la presente propuesta general han sido desarrollados en los siguientes capítulos y en los distintos anexos.

## 1. Procesos Asistenciales o clínicos de la red

El siguiente capítulo considera en primer lugar una descripción de algunos elementos centrales de la política de salud que exige adecuaciones en la red y que a nivel del SSVQ amerita un desarrollo homogéneo y armónico.

En segundo lugar se desarrollan los modelos específicos vinculados a los diversos tipos de prestaciones.

### 1.1. Red de Atención Cerrada

Las políticas sanitarias emanadas desde el Ministerio de Salud se han ido formalizando de manera paulatina a través de indicaciones directas, compromisos de gestión, diversas iniciativas tendientes a abrir los establecimientos a la comunidad como forma de fomentar su vinculación con ella a través de la política de “Gestión de la Atención y la Satisfacción Usuaria”. Esta política se está materializando a través de las siguientes líneas de acción:

* Hospital Amigo y Abierto a la Familia
* Gestión de los Deberes y Derechos de los Usuarios
* Participación de la Comunidad
* Mediciones de satisfacción

La aplicación del Hospital Amigo ha sido beneficioso para los pacientes y funcionarios ya que los familiares han apoyado el cuidado de los pacientes, especialmente los con mayor nivel de discapacidad, sin embargo, el mismo genera nuevos desafíos que es necesario enfrentar, tales como:

* Contar con espacios adecuados para recibir a la familia, como baños y lugares de reposo.
* Capacitación del personal para relacionarse por periodos prolongados con los familiares.
* Requerimientos de privacidad tanto para pacientes como familiares.

Otra política se vincula a incrementar la eficacia y eficiencia del trabajo asistencial a través del desarrollo de la Gestión Clínica, que se traduce en:

* Estandarización del trabajo clínico
* Medicina basada en la evidencia
* Gestión de cuidados

A nivel de red esta política se traduce en el desafío de estandarizar protocolos o pautas clínicas destinadas a la derivación y contraderivación de pacientes además de promover la armonización de criterios para el manejo intrahospitalario de los pacientes de la red de manera de reducir la variabilidad en sus esquemas de manejo.

Otra tendencia es la optimización en el uso del recurso cama a través de la cadena de atención, considerando una mezcla de gestión de camas, continuidad de cuidados y atención progresiva. Las líneas de trabajo incluyen:

* Ambulatorización de la atención (Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospitalización domiciliaria, Hospital de día)
* Gestión del recurso cama y enfermería
* Continuidad de la atención: cadena de cuidados

Estas políticas serán implementadas en toda la red del SSVQ y su desarrollo específico será materia de cada establecimiento.

### 1.2. Red de Urgencia

La organización y gestión de la red de urgencia apunta a salvar las inequidades existentes a nivel de la red, a través de las siguientes estrategias:

* Concentración de recursos especializados en centros que permitan contar con ellos de manera estable.
* Desarrollo de un sistema de rescate prehospitalario y de traslado inter-hospitalario que asegure la oportunidad, equidad y calidad del servicio en todo el territorio del SSVQ.
* Desarrollo de medidas que ayuden a mitigar el mayor costo usuario que representa la movilización de los pacientes lejos de sus lugares de residencia y/o trabajo.

#### a) Organización

##### (1) Modelo Pre e Inter hospitalario

La demanda por servicios de recursos pre o inter hospitalarios provienen de:

* Demanda espontánea de la población
* Demanda derivada del diseño de red, que obliga a trasladar a los pacientes entre los diversos establecimientos, concentrando los más graves en los Hospitales Fricke, Quillota y Quilpué.

La propuesta contempla la cobertura de la demanda a través del SAMU Regional como un establecimiento dependiente del SSVQ, con 3 áreas de cobertura claramente identificadas: Cordillera (SS Aconcagua), Central (SS Viña del Mar – Quillota) y Litoral (SS Valparaíso - San Antonio).

Para la implementación del modelo se utiliza una tipificación de recursos por tipo de móvil, lo cual, considerando volumen de demanda (tamaño población residente) y accesibilidad (tiempos de desplazamiento estándar), para el SSVQ se traduce en una organización concreta del sistema prehospitalario que se presente de manera detallada en anexo.

Es relevante dejar establecido que aún cuando físicamente algunos de los móviles se encuentren instalados en los hospitales, su regulación en el uso es del SAMU. En hospitales tipo 4 el recurso humano será compartido. De manera especial el traslado de RN y Neonatos será efectuada preferentemente por el equipo de la unidad que lo reciba y no por el personal del SAMU dada las competencias requeridas para el procedimiento.

##### (2) Modelo Intra hospitalario

En la siguiente tabla se presenta el modelo de organización de complejidades, en el cual los conceptos que subyacen a la definición son:

* Consistencia entre recursos diagnósticos y terapéuticos, de manera que los establecimientos cuenten con los medios acordes a su complejidad.
* Continuidad operacional, siendo lo relevante que la atención sea continua en el tiempo.

Tabla 8: Disponibilidad de Recursos Críticos Modelo Intrahospitalario

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Fricke | Quillota | Quilpué | La Calera | Limache | Ligua | Cabildo | Petorca | Quintero | Peña-blanca | Paz Tarde |
| UEH | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |  |  |
| Anestesista 24/365 | Si | Si | Si |  |  | SOS |  |  |  |  |  |
| Intermedio Adulto | Si | Si | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intensivo Adulto | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intermedio Pediátrico | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intensivo Pediátrico | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intermedio Neo | Si | Si | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intensivo Neo | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TAC 24/365 | Si | SOS | SOS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Angiografía | Horario Hábil SOS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Interconsulta Especialistas Urgencia | SOS | SOS  Residente | SOS  Residente |  |  |  |  |  |  |  |  |

El modelo propuesto considera:

* Adulto: Teniendo en cuenta, principalmente, el área de influencia, el crecimiento poblacional, el envejecimiento de la población y la evolución epidemiológica, se contemplará en un mediano plazo que las unidades de paciente crítico (camas intensivas e intermedias) se desarrollen también en los hospitales de Quillota y Quilpué.
* Niño: Concentración de intensivo en Hospital G. Fricke. Cuidados críticos intermedios se desarrollarán también en Hospitales de Quilpué y Quillota.
* Neonatología.
* Concentración de intensivo en Hospital G. Fricke
* Concentración de intermedio en Fricke, Quillota y Quilpué
* Potenciar el apoyo diagnóstico y terapéutico en los hospitales de Quilpué y Quillota para que éstos puedan sustentar en forma eficiente y segura la implementación de camas críticas.
* Potenciación de Fricke con Angiografía e interconsulta de especialista, según demanda, en Quillota y Quilpué.
* Potenciación de Ligua y Quintero para manejo de la urgencia en la Provincia de Petorca y Litoral Norte, respectivamente. Estas urgencias serán capaces de tratar de manera resolutiva la baja complejidad y de estabilizar y trasladar la mediana y alta complejidad a sus hospitales de referencia.
* Desarrollo del modelo de salud familiar y comunitaria en los hospitales tipo 4 de la red.
* Peñablanca y Paz de la Tarde se excluyen de las consideraciones anteriores, pues evolucionarán hacia hospitales con desarrollo preferencial de la especialidad de medicina física y rehabilitación del adulto y adulto mayor, respectivamente.

#### b) Gestión

##### (1) Modelo Prehospitalario

La gestión de este sistema estará a cargo del Centro Regional, administrativamente dependiente del SSVQ y que dará servicio a toda la red de la V Región.

La organización propuesta asume que el sistema funcionará sobre la siguiente base:

* Funcionarios exclusivos, o compartidos con UEH dependiendo del hospital, capacitados en los cuidados que deben brindar (BLS, ATLS, ACLS, APHA Básico, APHA Avanzado)
* En caso de personal compartido, éste debe tener la flexibilidad necesaria para responder a los requerimientos cambiantes de su trabajo.
* El perfil de competencias debe adecuarse al rol que desempeña: Reguladores, Interventores, Derivadores de los Hospitales.
* Protocolos escritos de intervención de acuerdo a los procedimientos más relevantes por frecuencia o gravedad
* Sistema de comunicaciones que asegure conectividad 100% en condiciones habituales y de catástrofe. (ej. Terremoto)
* Disponibilidad de regulación médica en tiempo real
* Sistema que permita la gestión de flota en tiempo real, con sistemas GPS o similar.
* Integración de los sistemas de transporte de pacientes entre hospitales y de atención en la comunidad, a través de la gestión del parque de ambulancias de manera central como una flota
* Integración del sistema con móviles municipales a través de convenios que permitan su movilización donde la demanda lo requiera.
* Flexibilidad de contratación de servicios externos en casos calificados donde la oferta de la flota del SSVQ no sea capaz de satisfacer la demanda.
* Disponibilidad de mecanismos administrativos y financieros que le permitan al gestor de red introducir ajuste a la red
* Sistema de auditoría de todos los componentes que permitan retroalimentar el aprendizaje.
* Gestión global del uso de camas de hospitalización del SS de manera de permitir una equidad en el acceso.
* Gestión eficiente de la Ley de Urgencia

En el Hospital de Quillota radicará una base SAMU con dependencia administrativa del Centro Regulador Regional, con regulación médica de los procesos de atención desde la base regional SAMU. Deberá contar con móviles de atención básica y avanzada.

##### (2) Modelo Intra hospitalario

El objetivo central de la gestión del modelo intra hospitalario es la mejoría del nivel de salud de la población asignada a cada establecimiento, para lo cual el trabajo sanitario considerará: fomento, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación de la población, las que deben ser efectuadas de manera oportuna, cálida, eficaz y eficiente.

Para el desarrollo de este modelo se han identificado los siguientes objetivos estratégicos:

* Atención con enfoque integral y familiar centrado en la satisfacción del usuario.
* Atención y cuidados de complejidad progresiva (cadena de cuidados)
* Protocolización basada en evidencia sustentable
* Desarrollo de competencias para la ambulatorización de los procesos clínicos
* Gestión en red de prestadores de salud
* Concentración de servicios y externalización
* Polos de desarrollo focalizados hacia la complejidad
* Docencia e investigación
* Asegurar la sustentación técnica y financiera de cada hospital
* Informatización
* Contar con un equipo humano comprometido en su labor
* Asegurar la calidad de servicio en toda la cadena de atención
* Asegurar un uso eficiente de los recursos del hospital alineado con la gestión clínica

También como parte de la gestión del modelo intra hospitalario se contempla el diseño de Centros de Responsabilidad que permitan la gestión responsable de la demanda y de los recursos productivos y que reúna a varios participantes de la cadena del proceso clínico que permita optimizar los tiempos, la accesibilidad y la oportunidad de la gestión clínica.

### 1.3. Red Electiva – Especialidades

Existe un consenso en la necesidad de optimizar el flujo de los pacientes de las diversas especialidades en la red a través de procesos de: Desarrollo de protocolos clínicos, Coordinación de establecimientos, Gestión común de agendas y Capacitación al primer nivel de atención para incrementar sus competencias

El desarrollo de estos instrumentos y de los restantes elementos de planificación y gestión de la red son parte de los compromisos de este SS y que se aplican a las especialidades descritas en este capítulo.

#### a) Organización

##### (1) Especialidades Médicas del Adulto

Se propone un modelo de concentración de los recursos especializados en aquellos establecimientos que pueden y deben brindarlos de manera continua.

Considerando la red hospitalaria, se propone que los recursos especialistas se concentren en los Hospitales Fricke, Quillota y Quilpué. Adicionalmente se propone que Ligua pueda contar en forma permanente con Médico Internista, para que este establecimiento sirva de base para brindar cuidados especializados a la provincia de Petorca. Sin perjuicio de lo anterior, se propone que de manera programada puedan concurrir especialistas que presentan una alta demanda de manera de disminuir los desplazamientos de pacientes a los centros más complejos.

En la siguiente tabla se presenta la propuesta de distribución de las especialidades.

Tabla 9: Disponibilidad Especialidades Red SSVQ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Especialidad | Fricke | Quillota | Quilpué | La Calera | Limache | Ligua | Cabildo | Petorca | Quintero | Peña-blanca | Paz Tarde |
| Med. Interna | Si | Si | Si |  |  | Si |  |  | Si |  |  |
| Respiratorio | Si | Si | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cardiología | Si | Si | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastroenterología | Si | Si | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oncología Médica | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endocrino | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reumatología | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neurología | Si | Si | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nefrología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Traumatología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Urología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vascular Periférico | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proctología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Máxilo Facial | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otorrinolaringología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hematología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dermatología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gineco Obstetricia | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oftalmología | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cirugía Cabeza y Cuello | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cirugía Plástica | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |

Se propone el desarrollo de centros integrales de diagnóstico y tratamiento en Fricke, Quillota y Quilpué que incluyan las especialidades de mayor demanda: Respiratorio, Cardiología y Gastroenterología.

En el caso de Oncología, la especialidad solamente estará presente en el Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren, pero cuando sea posible, tras la indicación de tratamientos a pacientes de las provincias de Quillota y Petorca, será el Hospital de Quillota quien efectúe su tratamiento y seguimiento, con recurso humano calificado y en coordinación con el centro de base tratante.

De la propuesta resulta importante destacar las siguientes consideraciones:

* Centralizar en los hospitales Fricke y Van Buren: Oncología Médica
* Disponer de internista en Quintero y Ligua

##### (2) Especialidades Quirúrgicas del Adulto

Se propone trabajar en base a una red de pabellones quirúrgicos que permita movilidad de pacientes y de personal especializado[[13]](#footnote-13). Como elemento base se considera:

* Cirugía General en los tres Hospitales
* Organizar la red de acuerdo al nivel de complejidad de cada centro
* Mantener derivaciones externas de gran quemado, neurocirugía, trasplante renal y trauma ocular grave.

Para establecer los niveles de complejidad se emplearon los siguientes criterios que caracterizan la red de Intervenciones Quirúrgica Mayores.

Tabla 10: Criterios de Complejidad y Recursos Centros Quirúrgicos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recursos** | **Complejidad** | |
|  | **Alta** | **Baja** |
| Anestesista | 24/365 | Horario Hábil |
| Intermedio Adulto | SI | NO |
| Intensivo Adulto | SI | NO |
| TAC | 24/365 | NO |

Al aplicar estas categorías a la red se propone la siguiente organización.

Tabla 11: Propuesta de Complejidad Centros Quirúrgicos SSVQ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Complejidad** | **Fricke** | **Quillota** | **Quilpué** | **La Calera** | **Limache** | **Ligua** | **Cabildo** | **Petorca** | **Quintero** | **Peña-blanca** | **Paz Tarde** |
| Alta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mediana |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Baja |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

De la tabla se interpretan las siguientes complejidades:

* Alta: Fricke, Quilpué y Quillota, recordando que Quilpué y Quillota también tienen Unidad de Emergencia de alta complejidad y UPC Adulto, por lo que requieren cirujano, anestesista y TAC las 24 horas
* Calera, Limache, Cabildo, Petorca, con pabellón para cirugía menor y posibles urgencias que requieran de estabilización previo traslado.

A nivel técnico se planificarán de manera especial las siguientes especialidades:

* Otorrinolaringología. Atención de mediana complejidad en los 3 centros hospitalarios de mayor complejidad.
* Urología. En los 3 centros hospitalarios de mayor complejidad orientado principalmente a la resolución de patologías GES.
* Cirugía Digestiva. Desarrollo en los hospitales Fricke, Quilpué y Quillota, con polos específicos a desarrollar en cada establecimiento.
* Vascular Periférico. Alta complejidad en Fricke (vascular de tronco y carótidas) y mediana en Quilpué y Quillota.
* Traumatología. Fricke, Quillota y Quilpué.
* Cirugía Cabeza y Cuello. Alta complejidad (oncológico y tratamiento multidisciplinario) en Fricke y mediana en Quilpué y Quillota.
* Cirugía Máxilo - Facial. Se desarrollará en Fricke, Quilpué y Quillota, concentrando la alta complejidad en Fricke, es decir, Oncología Cirugía Ortognática, Fisurados y Trauma Grave.

##### (3) Especialidades Pediátricas

Se plantea mantener Pediatría General en Fricke, Quillota, Quilpué, La Ligua y Quintero; este último considerando cobertura para el borde costero, el aumento de demanda estival, y el proyecto de GNL y otras industrias que se instalarán en el área. Complementariamente se potenciarán las Unidades de Cuidados Intensivo e Intermedio Pediátrico en el Dr. Gustavo Fricke, para dar respuesta a los Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota y Aconcagua.

Algunas definiciones a considerar en relación a los niveles de complejidad en que se desarrollará cada especialidad en los distintos establecimientos son:

* Cardiología. Alta complejidad en Fricke y mediana en Quillota y Quilpué; esto considerando que el hospital Calvo Mackenna es un polo nacional para la Cardiocirugía Infantil y, por lo tanto, los casos complejos son derivados hacia dicho establecimiento.
* Endocrinología, Respiratorio y Gastroenterología. En Fricke se atenderá a pacientes de mayor complejidad, realizará algunos exámenes que de acuerdo a la cartera de servicios no se harán ni en Quillota ni en Quilpué.
* Inmunología, Nefrología y Reumatología. Desarrollo solamente en Hospital Fricke.
* Neurología. La alta complejidad de esta especialidad se desarrollará sólo en uno de los 3 hospitales más complejos de la red, estando pendiente la definición.

Tabla 12: Disponibilidad Especialidades Pediátricas Red SSVQ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Especialidad** | **Fricke** | **Quillota** | **Quilpué** | **La Calera** | **Limache** | **Ligua** | **Cabildo** | **Petorca** | **Quintero** | **Peña-blanca** | **Paz Tarde** |
| Pediatría General | Si | Si | Si |  |  | Si |  |  | Si |  |  |
| Respiratorio | Si | Si | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cardiología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastroenterología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hemato-Oncologia | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endocrino | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nutrición | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Genética | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nefrología | Si |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cirugía Infantil | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Urología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Traumatología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otorrinolaringología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neurología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neonatología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oftalmología | Si | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |

##### (4) Especialidades De la Mujer

Para las intervenciones Ginecológicas y de Mama se propone una organización similar a la propuesta en las especialidades quirúrgicas, con concentración en Fricke, Quillota y Quilpué.Todo embarazo de alto riesgo debe ser derivado oportunamente al centro que cuente con los medios tecnológicos necesarios para un adecuado manejo del recién nacido y su madre.

En la atención del parto es necesario distinguir entre: Parto Normal y Parto Vaginal Distócico y Cesárea.

Parto Normal

Se concentrarán paulatinamente en los establecimientos de mayor complejidad dado que el procedimiento no está exento de riesgos para el recién nacido y la madre, además de la necesidad de contar con recurso anestesista para el cumplimiento de la garantía de analgesia del parto GES.

Parto Vaginal Distócico y Cesárea

Se utilizará el mismo esquema propuesto para Ginecología, dejando capacidad instalada para cesáreas de urgencia en todos los hospitales de la red excepto Peñablanca y Paz de la Tarde.

##### (5) Salud Mental

De acuerdo a la Política de Salud Mental, la red de cuidados debe combinar dispositivos comunitarios e intrahospitalarios, que se organizan según los requerimientos de cuidados de los pacientes. La siguiente tabla contiene las principales prestaciones que deberían estar disponibles en los hospitales de la red.

Tabla 13: Prestaciones Salud Mental Red SSVQ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fricke** | **Quillota** | **Quilpue** | **Calera** | **Limache** | **Ligua** | **Cabildo** | **Petorca** | **Quintero** | **Peñab.** | **Paz Tar.** |
| Consulta de psiquiatría | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  | No |
| Consulta o control por psicólogo clínico | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | No |
| Consulta salud mental por otros prof. | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | No |
| Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | No |
| Psicoterapia grupo (x psic.o psiquiatra) (4/8 pac) | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | No |
| Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 hrs, mín. 8 pacs) | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  | No |
| Programa de rehabilitación tipo 1 (mensual, grupo 6 a 10 pers.) | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  | No |
| Programa de rehabilitación tipo 2 (mensual, grupo 5 a 7 pers.) | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  | No |
| Día cama hosp. integral psiquiatría corta estadía | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  |  | No |
| Día cama integral psiquiátrico diurno | SI | SI | SI |  |  |  |  |  |  |  | No |
| Día cama hosp. integral desintox. alcohol y drogas | SI | SI | No | No | No | No | No | No | No | SI | No |

La hospitalización de psiquiatría corta estadía contempla 33 camas en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, de las cuales 21 son para adultos y 12 para adolescentes. Para el Hospital de Quillota se implementará una unidad de 24 camas de adultos.

##### (6) Salud Oral

Se propone mantener el mismo esquema de red considerado en el diagnóstico. Es así como la APS continuará derivando bajo el siguiente esquema:

* Provincia Quillota y Petorca.

1. Hospital La Calera que oferta periodoncia, endodoncia y prótesis solo para la comuna de La Calera
2. Quillota y Quilpué ofertan periodoncia, endodoncia y prótesis.
3. Olmué deriva a Hospital Limache quien realiza endodoncia y periodoncia.
4. Hospital de Quillota referente de cirugía maxilofacial para las dos provincias

* Comuna Villa Alemana

1. Deriva a Hospital Peñablanca para endodoncia anterior y periodoncia
2. Deriva a Hospital Quilpué para endodoncias premolares y cirugía maxilofacial

* Comuna de Quilpué

1. Deriva a H de Quilpué

* Comuna de Viña del Mar, Con Con, Quintero y Puchuncaví

1. Deriva a Hospital G Fricke

El Módulo Odontológico Simón Bolívar se transformará en un establecimiento de especialidades odontopediátricas; Quillota atenderá la odontología de mediana complejidad.

##### (7) Medicina Física y Rehabilitación

El perfil epidemiológico actual y proyectado, permite estimar la necesidad de desarrollar el modelo de Rehabilitación Integral. Los principales problemas están vinculados a:

* Secuelas de traumatismos
* Patologías vinculadas al proceso de envejecimiento y estilos de vida, donde destacan: Artrosis, Diabetes (Pie Diabético; Neuropatía) y secuelas de accidentes vasculares

Los ejes que articulan el modelo son:

* Cuidados basados en la evidencia: las prestaciones a efectuar están basada en evidencia científica, seleccionándose solo aquellas que demuestren ser útiles para los pacientes.

1. Sistemas Únicos ej. Pacientes que solo tengan problemas motores deberán ser apoyados específicamente en esa área
2. Multisistema: pacientes que tengan comprometidos más de un sistema recibirán soporte para cada una de ellas. Este soporte estará articulado bajo un modelo único de manera que exista una potenciación de las intervenciones. Ej. Pacientes con secuela de AVE que requieran soporte motor, cognitivo conductual y del lenguaje.

* Atención Integral: cuidados clínicos (médico-kinesiólogo-terapeuta ocupacional- asistente social-psicólogo-fonoaudiólogo-otros) que se brindan a nivel de los establecimientos de salud que combinan: perspectiva física, perspectiva de salud mental y perspectiva social que integra familia y comunidad (voluntariado y organizaciones comunitarias) dentro de la cadena de cuidados.
* Integración con la red
* Continuidad de atención desde la APS
* Concentración de recursos escasos de rehabilitación en los hospitales Paz de la Tarde y Peñablanca.

El modelo debe ser: Integrado, Especializado o Progresivo.

**Integrado**: al gestionar los recursos que intervienen en el proceso de rehabilitación como un pool común.

**Especializado:** al profundizar el desarrollo de especialidades o cuidados especiales de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

**Progresivo:** asegurando la continuidad de cuidados dentro de los límites del hospital y su cadena de cuidados y con la Atención Primaria de las provincias de Quillota y Petorca.

Los servicios se proveen bajo el siguiente régimen:

Tabla 14: Prestaciones de Rehabilitación por Tipo de Atención

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Atención** | |
| **Abierta** | **Cerrada** |
| Electivo (8 hrs-250 días año) | CRS:  Kine respiratoria  Kine motora  Terapia Ocupacional  Rehabilitación Sensorial[[14]](#footnote-14)  Rehabilitación Cognitiva  Fisioterapia  Rehabilitación Integral[[15]](#footnote-15) | Kine respiratoria  Kine motora |
| Urgencia (24-365) | UEH (IRA-ERA)  Kine Respiratoria | Kine Respiratoria  SOS en UPC |

La propuesta para los establecimientos de la red Hospitalaria del SSVQ es:

* Todos los establecimientos contarán con un modelo de rehabilitación integral adecuado a su nivel de complejidad que brinde servicios para atención abierta y cerrada en horario hábil, de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 Hrs.
* Para la atención de emergencia ambulatoria, los H4 brindarán los servicios de IRA y ERA, pudiendo adecuarse a las situaciones particulares de una comuna o localidad.
* Todos los Hospitales con UPC tendrán atención kinesiológica respiratoria y motora, en turnos de 24 horas los 365 días del año.
* El Hospital Peñablanca presentará un especial desarrollo de la rehabilitación del adulto; rehabilitación terciaria para pacientes secuelados dependientes de respirador, o con otras secuelas, para la reintegración lo más temprana posible a su medio familiar y comunitario.
* La Paz de la Tarde de Limache desarrollará de manera especial la rehabilitación del adulto mayor, con el objetivo de evitar la permanencia prolongada de pacientes en los hospitales generales de alta complejidad, y practicar una rehabilitación intensiva para, fundamentalmente, prevenir la dismovilidad progresiva y la postración.

La cartera de servicios considera la siguiente distribución dentro de la red.

Tabla 15: Prestaciones de Rehabilitación por Establecimiento

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestaciones** | **Peñablanca**  **P.de la Tarde** |  | **Fricke,**  **Quillota**  **Quilpué** | **H4 + APS** |
| Evaluación Kinesiológica | X |  | X | X |
| Exámen Función Muscular | X |  | X | X |
| Radiación Infrarroja | X |  | X | X |
| Turbión, Tanque con Remolino | X |  | X |  |
| Onda Corta | X |  | X | X |
| Ultrasonido | X |  | X | X |
| Analgesia Transcutánea | X |  | X | X |
| Estimulación Eléctrica | X |  | X | X |
| Compresión Neumática | X |  | X | X |
| Atención Kinésica Integral | X |  | X | X |
| Ejercicios Respiratorios | X |  | X | X |
| Entrenamiento Cardiorespiratorio | X |  | X |  |
| Entrenamiento Ergonométrico | X |  | X |  |
| Entrenamiento Ortésico | X |  | X | X |
| Entrenamiento Protésico | X |  |  |  |
| Manipulación Osteopática | X |  | X | X |
| Masoterapia | X |  | X | X |
| Reeducación Motriz | X |  | X |  |
| Técnica de Facilitación | X |  | X | X |
| Técnica de Relajación | X |  | X | X |
| Drenajes Posturales | X |  | X | X |
| Reeducación de marcha | X |  | X |  |
| Evaluación Funcional | X |  | X |  |
| Confección Órtesis y Dispositivos | X |  |  |  |
| Eval. y Análisis Puesto de Trabajo | X |  |  |  |
| Estimulación Cognitiva | X |  | X |  |
| Apoyo Sicológico | X |  | X |  |
| Rehabilitación del lenguaje | X |  | X |  |
| Rehabilitación de la deglución | X |  | X |  |

#### b) Gestión

Como criterios para gestionar esta red se propone:

* Profundizar el modelo de Cirugía Mayor Ambulatoria
* Protocolización de Guías Clínica y Sistemas de Referencia y Contrareferencia
* Basada en la evidencia
* Planificada a partir de las prioridades sanitarias
* Actualizada
* Consensuada
* Difundida
* Actualización y difusión constante de la cartera de servicios
* Desarrollo de estrategias que apunten a reducir la permanencia del usuario en el Hospital y dar mayor rotación de camas a través de:
* Hospitalización domiciliaria
* Derivación a Hospitales de menor complejidad, cuando corresponda, según: Categorización del paciente, Guía clínica, Lugar de residencia, Red social

### 1.4. Red de Alta Complejidad y extra-SSVQ

#### a) Especialidades Derivadas a otros SS

Se propone continuar el proceso de derivación fuera del SSVQ de las siguientes especialidades: Neurocirugía SNC, Gran Quemado, Trasplante Renal, Radioterapia y Trauma ocular.

#### b) Especialidades recepcionadas desde otros SS

* Se potenciará Cardiocirugía para consolidar al HGF como el centro de mayor importancia nacional en este tipo de prestaciones para adultos; ya que es el centro público de trasplante cardiaco del país, y centro suprarregional de cirugía cardiaca y procedimientos endovasculares.
* Atender a los pacientes que requieran UCI Pediátrica provenientes del SS Aconcagua, de acuerdo al compromiso adquirido con este Servicio y sancionado en el CIRA Regional.
* Desarrollar un Centro Diagnóstico de Patología Mamaria para la V Región que permita resolver los requerimientos de la red, y de parte del SS Coquimbo. Para el desarrollo de biopsias estereotáxicas e informes anatomopatológicos.
* Administrar el Centro Regulador del SAMU V región, proyecto aprobado por MINSAL y considerado cómo Modelo Nacional para el desarrollo de la Red Prehospitalaria.

#### c) Gestión del proceso derivación–contraderivación

Para realizar una eficiente gestión del proceso de derivación y contraderivación de los pacientes, la propuesta contempla:

* Solicitar la designación formal de responsable dentro del SS derivador, que vele por la pertinencia técnica de la derivación; recepción y seguimiento del paciente. Ello permite dar continuidad al proceso de atención.
* Negociar con FONASA- MINSAL que todos los pacientes derivados fuera del SSVQ y que reciban prestaciones PPV la autorización de pago sean cubiertos por el seguro público.
* Los recursos destinados a resolver estos problemas de salud podrán ser propios (SSVQ + establecimientos) o contratados a proveedores privados.

## 2. Redes de Apoyo o Soporte

### 2.1. Apoyo Clínico

#### a) Unidad de Medicina Transfusional

Acorde con el Proyecto de Centralización de Bancos de Sangre, los Hospitales del SSVQ contarán únicamente con una Unidad de Medicina Transfusional (UMT), cuya diversidad de productos dependerá de la complejidad de las prestaciones que efectúan.

Dada la complejidad de los establecimientos, es pertinente que estas se desarrollen adecuadamente en Fricke, Quillota y Quilpué. Sin perjuicio de lo anterior, los H4 más alejados (Provincia de Petorca) deberán contar con unidades de glóbulos rojos para situación de emergencia crítica. Las funciones básicas de una UMT implican los procesos y procedimientos necesarios para otorgar una terapia transfusional segura, oportuna, adecuadamente indicada, informada, de calidad y costo eficiente. Esto incluye la realización de exámenes inmunohematológicos, despacho e instalación de unidades compatibles, gestión de stock y de calidad, y coordinación con su CS proveedor para asegurar los procesos de trazabilidad y hemovigilancia. También realizará otras funciones, tales como exámenes inmunohematológicos especiales, aféresis, transfusiones ambulatorias, etc.

#### b) Imagenología

Se desarrollará una Red de Imagenología bajo los siguientes criterios:

* Potenciar la imagenología y ultrasonografía simple en toda la red, asegurando de manera especial su disponibilidad en los H4.
* Se optimizará el uso de los equipos de la red ampliando la gama de exámenes que se realizan.
* Dado que no toda la red cuenta con radiólogo, se desarrollarán las siguientes estrategias:
* Sistema de correo con placas
* Transmisión de imágenes en resolución media a través de Internet
* Desarrollo de sistema de digitalización de placas y transmisión a un centro de lectura
* Capacitación en radiología a Tecnólogos Médicos y Técnicos Paramédicos de toda la red para efectuar los exámenes
* Capacitación a médicos generales y familiares en ultrasonografía simple, y a médicos de las UEH y UPC en imágenes de urgencia.
* Formación de especialistas en radiología, a través de convenios con Universidades.
* Respecto de imagenología compleja es pertinente concentrarla en HGF y secundariamente en Quillota y Quilpué. En el HGF es necesario desarrollar los procedimientos endovasculares adicionales a los que ejecuta el servicio Cardiovascular.
* Se considera TAC para áreas hospitalarias Quilpué y Quillota, con tiempos de espera inferiores a 24 horas para pacientes de urgencia y hospitalizados y menor a una semana para pacientes ambulatorios.
* Se considera para el mediano plazo RNM en el Hospital Dr. Gustavo Fricke

#### c) Laboratorio

Se propone:

* Cada hospital manejará una cartera de servicios de laboratorio acorde a su nivel de complejidad.
* Cada hospital mantendrá un laboratorio de urgencia acorde a su nivel de resolutividad.

La siguiente tabla muestra la distribución de los grandes grupos de exámenes que se manejarán en la urgencia y en el laboratorio electivo.

Tabla 16: Exámenes de Laboratorio SSVQ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXAMENES DE LABORATORIO** | **Urgencia** | **Electivo** |
| I.- SANGRE, HEMATOLOGIA | SI | SI |
| II.- SANGRE, EXAMENES BIOQUIMICOS | SI | SI |
| III.- HORMONAS | NO[[16]](#footnote-16) | SI |
| IV.- GENETICA | NO | SI |
| V.- INMUNOLOGIA | NO[[17]](#footnote-17) | SI |
| VI.- EXAMENES MICROBIOLOGICOS |  |  |
| A) BACTERIAS Y HONGOS | SI | SI |
| B) PARASITOS | NO | SI |
| C) VIRUS | NO | SI |
| VII PROCEDIMIENTOS DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE | NO | SI |
| VIII. EX.DEPOS., EXUD., SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS | SI | SI |
| IX. EXAMENES ORINA | SI | SI |

#### d) Anatomía Patológica

Funcionará de manera análoga al laboratorio, pero no contará con atención en horario inhábil.

### 2.2. Apoyo Logístico

La propuesta en el mediano y largo plazo apunta a que todas las unidades de apoyo logístico sean gestionadas con un enfoque de red y se provean de manera integrada, ya sea a través de producción propia o externalización. Los criterios a considerar son:

* Comprar servicios si éstos:
* No son parte del giro del negocio
* Existe un mercado para ellos
* La evaluación técnico financiera es favorable
* La evaluación social es favorable
* Concentrar la producción o gestión de servicios si:
* Hay economías de escala
* Se mantiene o mejora la calidad de los servicios
* Se mejora el costo usuario

#### a) Farmacia

En el ámbito farmacia, los procesos a optimizar se relacionan con:

1. Gestión de compras, que permite acumular demanda y negociar mejores precios. Sin embargo, una de las exigencias es el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales
2. Gestión logística que permite reducir el tamaño de las bodegas a través de un flujo continuo de abastecimiento. El objetivo es controlar toda la cadena de distribución desde la recepción de los productos hasta su entrega al usuario.

De manera adicional se desarrollará el concepto de gestión farmacológica como un instrumento de apoyo a la farmacología clínica, que es parte constitutiva de la gestión clínica.

Como antecedente, cabe mencionar que hay experiencias de Servicios de Salud[[18]](#footnote-18) que han separado el componente logístico de farmacia (compras-bodegas) del componente clínico.

#### b) Esterilización

Es recomendable centralizar el procesamiento de productos estériles, estableciendo una cadena de abastecimiento a toda la red, ello permite:

* Reducir los costos de producción
* Asegurar la calidad del proceso en forma estable

Actualmente la esterilización a baja temperatura está concentrada en el HGF, el que frecuentemente no es capaz de responder a la demanda.

Para poder desarrollar el modelo de centralización se deberá modelar:

1. Volumen total consumido
2. Volumen dado por trabajo quirúrgico y unidades críticas, que permite estimar el impacto en caso de falla de suministro. A mayor volumen de demanda de este tipo de recursos es indispensable asegurar el suministro
3. Stock de instrumentos y equipos esterilizables. Un mayor stock permite programar con mayor holgura de tiempo el proceso de esterilización. Un bajo stock obliga a una rápida re-esterilización para ocupar el instrumental más de una vez en el día.
4. Accesibilidad a otros centros

Al considerar la red se puede constatar que:

* A nivel del SSVQ los principales consumidores son HGF, Quillota y Quilpué, por lo que son los establecimientos clave para la evaluación.
* Los tres establecimientos se encuentran relativamente cercanos y la accesibilidad mejorará de manera considerable los próximos años al completarse la R-60.
* Dado el limitado trabajo quirúrgico de los otros hospitales, es posible estimar que para ellos es más eficiente el abastecimiento externo.

Al diseñar el sistema de esterilización se considerará la equivalencia de las opciones:

* Mismo estándar de servicio
* Disponibilidad de sistema de gestión logística que asegure el abastecimiento oportuno a través de: un Sistema de transporte expedito y Sistemas de comunicación adecuados
* Disponibilidad de Stock crítico en cada establecimiento

#### c) Abastecimiento[[19]](#footnote-19)

**Organización**

La Comisión de Adquisiciones Central participará en los procesos que involucren a la Red Asistencial en su conjunto. Esta Comisión estará compuesta por un representante de: Recursos Físicos y Abastecimiento, Recursos Financieros, Asesoría Jurídica, Jefe de Abastecimiento, Químico Farmacéutico, y Referentes Técnicos de los establecimientos de la Red. Esta comisión se replica en el nivel local, conformándose Comisión de Adquisiciones en cada establecimiento.

Dentro de la organización, también surge un Comité encargado de evaluar las distintas alternativas de Convenios de Suministros, y establecer requerimientos mínimos de calidad en el Servicio prestado por la Central de Abastecimiento.

**Políticas**

1.- Los procedimientos de Abastecimiento son estandarizados de acuerdo a la legislación vigente e instrucciones emanadas del MINSAL. La estandarización se realiza a través de un Manual de Procedimiento, el cual proporciona normas, reglamentos e instrucciones referentes a los diferentes procesos de compras que se realicen. Este documento,

* Señala procedimientos generales para la recepción, almacenamiento y distribución de los artículos adquiridos.
* Sirve como un documento de apoyo para la ejecución de las actividades propias de Abastecimiento.
* Se aplica a todas las Unidad de Abastecimiento de la Red Asistencial.
* Se elabora a través de un comité definido por las autoridades y a través de una Resolución.
* Y el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el Manual se supervisa a través del Departamento de Auditoria del SS Viña del Mar-Quillota.

2.- Existe con un Plan Anual de Compra, el cual está definido de acuerdo a los objetivos estratégicos del SS; este plan permite:

* Obtener precios más convenientes
* Realizar compras oportunas (tener lo que necesitamos para cuando lo necesitamos)
* Obtener menores costos administrativos (con una mayor demanda se generan menos procesos, menos papeleos, menos coordinaciones, etc)
* Lograr menores costos de inventario (se definen con un tamaño y con una frecuencia que permite disminuir los stocks y sus costos asociados)
* Una adecuada distribución de la carga de trabajo de los Recursos Humanos (es posible programar y distribuir los procesos de adquisiciones de manera de evitar la ocurrencia de periodos con grandes sobrecargas de trabajo).
* Identificar oportunidades para la generación de Contratos de Suministros
* Guiar, controlar y transparentar los gastos

3.- El Convenio Marco se utiliza en forma obligatoria según ley vigente y las adquisiciones que estén fuera de éste, deben ser generadas por compras a través del Portal Chilecompra, o por Convenios de Suministro. Ventajas del Convenio Marco:

* Mejores precios
* Plazos de Entrega
* Orden de Compra Directa
* Costo de Inventario
* Liberación Recursos Humanos
* Eliminación de Etapas, etc.

4.- Se elaboran Convenios de Suministros cuando se tenga una compra continua, pero tanto cantidad como oportunidad son difíciles de prever. Se cuenta con un registro de los Convenios existentes en el Servicio y se evalúa la factibilidad de establecer convenios por polos eficientes de compra.

5.- En procesos de complejidad, que incluyan a la Red Asistencial, existe una Comisión de Adquisiciones Central, para la toma de decisiones. Este procedimiento se replica en el nivel local.

6.- Con respecto a la CENABAST, ésta es la vía principal de la adquisición de los medicamento, insumos o materiales (para ello se establece una comisión que define políticas y criterios, de acuerdo al producto adquirido vía CENABAST, esta comisión está compuesta por Q.F y Enfermeras de la Red Asistencial). Otras vías de adquisición de medicamentos son los Convenios de Suministros y Licitaciones por el Portal Chilecompra.

7.- Se evalúa la compra centralizada de medicamentos, equipamiento etc., determinándose así, los polos eficientes de Compra (Hosp.. Dr. Gustavo Fricke, Hosp. Quilpué y Quillota), aprovechando la experticia que han adquirido los equipos de cada establecimiento

8.- Se capacita permanentemente a los usuarios de los Procedimientos de abastecimiento Principalmente del Chilecompra existiendo así una mayor coordinación de las adquisiciones especialmente en los plazos establecidos (adquisiciones urgentes)

9.- Existe un formato de adquisiciones el cual es utilizado por los clientes y aplicado a toda la Red Asistencial. La elaboración de éste se realiza a través de una comisión designada por las Autoridades del SS, cuyo formato satisface todas las necesidades de la Red. Este formato está funcionando en toda la red Asistencial a través de la Intranet.

10.- Se cuenta con un Software único para las Bodega de Economato y Farmacia de la Red Asistencial, que permite unificar criterios, y obtener información de los stocks críticos, en línea, optimizándose el uso de los recursos disponibles (Recepciones Manuales o Códigos distintos)

11.- Se trabaja con políticas de inventario, las cuales permiten reducir los niveles de stock y sus costos de administración

#### d) Servicios generales[[20]](#footnote-20)

**Estructura y Organización**

Existe un Comité de Servicios Generales, liderado por el Jefe de Servicios Generales de la Dirección de este Servicio, en el que participarán sus equivalentes en establecimientos de Alta y Mediana Complejidad.

Este Comité será el encargado de proponer estructura de Servicios Generales en establecimientos de baja complejidad, y estudiar los distintos procesos que abarcan la Gestión del Mantenimiento y Movilización, para optimizar la calidad del servicio entregado y asegurar la continuidad de los procedimientos clínicos.

**Políticas**

1.- Se otorgará mantenimiento preventivo a los establecimientos de la Red Asistencial, en forma programada y coordinada.

2.- Se emplean indicadores de satisfacción usuaria, para medir la calidad del servicio otorgado, y aplicarla correcciones que sean pertinentes.

3.- Se capacita continuamente al personal de Servicios Generales, para mejorar la calidad, oportunidad y eficiencia del servicio.

4.- Se establecen claramente las funciones del Jefe de Servicios Generales, y el perfil del cargo, que asegure las capacidades técnicas y administrativas del funcionario que se desempeñe como tal.

5.- Se mantiene información fidedigna y actualizada, de gastos y costos operativos de cada unidad del ámbito de Servicios Generales de la Red Asistencial, para permitir el control correspondiente, en forma centralizada.

6.- Se normalizan los procedimientos de reparación, mantenimiento y carga de combustibles de todos los vehículos disponibles en la Red.

7.- Se evalúan alternativas para la obtención de servicios de apoyo industrial (lavandería, esterilización, etc.), considerando criterios

* Técnicos: factibilidad, accesibilidad, etc.
* Económicos: Costo-beneficio de producción interna, externalización, centralización
* Políticos.: Impacto sobre el Recurso Humano.

**Herramientas**

Las Herramientas con las que cuenta esta Sección son:

* Protocolos de Gestión de las Unidades de Servicios Generales.
* Protocolos de funcionamiento de Unidades de Apoyo industrial (lavandería, calderas, esterilización, etc.)
* Formulario de Solicitudes de trabajo (Reparaciones y/o mantenciones de infraestructura, equipos, redes, etc.) estandarizado para toda la red Asistencial.

#### e) Consideraciones

Sin perjuicio de las propuestas de organización planteadas por la Unidad de Recursos Físicos y Abastecimiento es pertinente evaluar el costo y beneficio privados y sociales de modificar algunos de los componentes antes descritos, de manera de verificar si la actual organización y funcionamiento son la mejor alternativa para cumplir con calidad, oportunidad y eficiencia el servicio demandado. A continuación se describen brevemente las unidades o procesos que son necesarios considerar:

* Movilización.
* Creación de una unidad de movilización única que:
* Concentre los recursos y brinde el servicio a la red.
* Contrate o coordine servicios con las municipalidades
* Compre servicios a privados para cubrir brechas
* Mantenimiento (Equipos-Infraestructura). De manera adicional a lo antes descrito, se debe evaluar la pertinencia de:
* Gestionar contratos de mantención para toda la red, lo que permite agregar demanda. Negociación de contratos por familia de equipos para toda la red
* Aseo. Establecer un modelo que combine: opciones con personal propio y contrato único para toda la red
* Lavandería y ropería. Establecer un modelo que combine:
* Efectuado con personal propio
* Contrato único para toda la red para aquellos hospitales donde está externalizado.
* Alimentación. Las opciones a evaluar son similares a las anteriores con la diferencia de quien aporta el equipamiento,
* Efectuado con personal propio
* Contrato único para toda la red con o sin equipamiento

### 2.3. Apoyo Administrativo

#### a) SOME

**Admisión**

Es una de las unidades que tiene el mayor volumen de contacto con los usuarios, por lo que es indispensable que pueda asegurarse un trato digno y respetuoso, para lo cual funcionará con un modelo de “Orientación al Cliente”.

Adicionalmente se optimizarán todos los procesos administrativos relacionados directamente con el proceso de atención tales como:

* Reserva y confirmación de horas de especialistas
* Reserva y confirmación de horas para exámenes y procedimientos que lo requieran
* Reserva y confirmación de cupos para intervenciones quirúrgicas
* Disponibilidad de camas en tiempo real en la red asistencial con modelo de atención progresiva y gestión centralizada

El mayor desafío para esta Unidad es lograr un enfoque de red, en el sentido que no considere solo los recursos de un determinado establecimiento, sino de toda la red, en la medida que es posible redistribuir pacientes entre los establecimientos.

Para que se pueda implementar es indispensable el desarrollo de los sistemas de Tecnologías de Información que soporten los procesos con un enfoque de red:

Información en línea sobre la oferta disponible en la red con los requisitos de acceso.

* Sistema de agendamiento en línea desde toda la red APS + Hospitales, para lo cual la petición y reserva debe ser efectuada en su Hospital de origen.
* Ficha clínica electrónica única para toda la red incluida la APS

De manera adicional se contará con una Unidad de Análisis que pueda ayudar a resolver los casos donde los protocolos estándar no funcionan o se identifiquen nuevas situaciones que es necesario estandarizar.

**Estadística**

Se propone optimizar el uso de comunicaciones en línea entre los establecimientos de la red, la unidad de Estadística de la DSSVQ e instituciones externas (Fonasa, Minsal, Registro Civil, etc.), para lo cual se deberá cumplir la siguiente meta:

* Digitación vía web de los diferentes Resúmenes Estadísticos Mensuales desde el nivel local.
* Disponibilidad mediante Intranet de las diferentes instrucciones, formatos, manuales y documentos para que los establecimientos puedan bajarlos en sus niveles locales.
* Conectividad Internet con Fonasa para validar la clasificación previsional de los pacientes que solicitan atención.
* Conectividad Internet con el Registro Civil para validar el estado de defunción de los pacientes en listas de espera.

#### b) Recursos Humanos[[21]](#footnote-21)

La Planificación del recurso humano para el desarrollo y planificación de las acciones que se desarrollarán para los próximos años, se encuentra enmarcado en los siguientes ejes:

1. Políticas de Desarrollo de las Personas en la Red Asistencial del Sector Salud, emanadas por el Ministerio de Salud.

**Factores Condicionantes**

* Nuevo Enfoque Atención de salud: Movilidad al interior del establecimiento, polivalencia, multifuncionalidad de las personas, uso eficiente del recurso humano, aumento de la calidad de la atención
* Cambio comportamiento de los usuarios: Mayor accesibilidad a la información de los clientes lo que implica un mejor nivel de respuesta, que impulsa la modificación conductual de las personas respecto de los clientes, aumentando con ello el grado de satisfacción de la población con el nuevo modelo.
* Establecimiento Autogestionado en Red: Necesidades de cumplir con los requisitos que la autogestión regula, lo que significa un uso eficiente de los recursos con que cuenta la organización.
* Acreditaciones que se deben cumplir ante entes fiscalizadores, lo que implica la incorporación de nuevos procesos, potenciar la educación, en procedimientos (médicos, administrativos)
* Cambio del perfil epidemiológico de la población: Necesidad de contar con personas con mayor nivel de especialización, en función de un perfil de competencias asociado a la actividad y a las nuevas patologías que cursa la población.
* Objetivos sanitarios 2010: Lo que nos exige contar con personas capaces, cumplir los objetivos sanitarios propuestos para la década.
* Ambulatorización de la atención: Cuyo fundamento es la educación de la población beneficiaria, lo que exige personal con aptitudes para cumplir la tarea.

**Desafíos**

* Cumplimiento al modelo de Atención en los aspectos de Atención Indiferenciada, Progresiva y ambulatorizada. Focalizando los esfuerzos en los procesos de:
* Inducción
* Capacitación y desarrollo.
* Evaluación del desempeño
* Política de incentivos pecuniarios o no.
* Cambio cultural tanto desde el punto de vista del paciente como del cambio en los procesos de trabajo. Impulsar el desarrollo de las personas considerando la educación funcionario en la interrelación con los pacientes y en la adecuación de los procesos de trabajo sistematizándolos, protocolizándolos, en el uso eficaz y eficiente de los recursos.
* Descentralización en la toma de decisión de Recursos Humanos, en temas de expansión de cargos, capacitación y presupuesto.
* Desarrollo del Depto. de Recursos Humanos concordante con los lineamientos y el modelo de gestión. Potenciar la creación de las áreas de recursos humanos con sus respectivas unidades de recursos humanos, desarrollo organizacional y/o de personas.
* Desarrollo del clima organizacional basado en los valores definidos por el cambio de exigencias del nuevo modelo de atención. Identificación con los valores de la organización, posicionamiento de la imagen corporativa en la mente de los clientes internos.
* Desarrollar mecanismos de Información y Control de los procesos necesarios para la toma de decisión sobre la base de los centros de responsabilidad. Apoyar la creación de los centros de responsabilidad, metodologías y mecanismos o herramientas de información que permiten una adecuada gestión del recurso humano.

1. Interrelaciones entre los Hospitales Fricke, Quilpué, Quillota, en materias de:

**Capacitación:**

* Potenciar las alianzas estratégicas entre establecimientos, para aumentar el nivel de especialización del recurso humano, con el consiguiente uso eficiente de los recursos asociados, permitiendo alcanzar un mayor nivel en la calidad de la atención.
* Desarrollo Organizacional: Potenciar las alianzas estratégicas entre establecimientos para desarrollar corporativamente un clima organizacional y laboral de calidad para los funcionarios.
* Salud de funcionarios: Potenciar la colaboración entre establecimientos en el ámbito de salud de las personas, aportando según las fortalezas propias de cada uno de los socios estratégicos.
* Ciclo de Vida Inducción: Impulsar la metodología de pasantías de especialización en aquellas áreas de alta complejidad, en el proceso de inducción del funcionario.

**Flexibilidad Intrared**

* Promover la reconversión laboral entre los funcionarios para cubrir los crecientes requerimientos de personal clínico o de apoyo clínico, tanto profesional como no profesional.
* Promover la movilidad de funcionarios entre establecimientos en la medida que la solución propuesta permite responder de manera más adecuada los requerimientos de la red.

#### c) Finanzas[[22]](#footnote-22)

A nivel del SSVQ se contará con una Unidad de Recursos Financieros, dependiente de la Subdirección de Recursos Físicos y Financieros, donde se velará por respetar las políticas ministeriales y dictar las políticas internas de este SS. El propósito de esta unidad es:

* Incrementar la transparencia a través de la entrega de información
* Descentralizar la gestión financiera
* Trabajar en base a presupuestos negociados
* Buscar la excelencia en el proceso contable

En esta unidad estarán las secciones de Contabilidad y Estudio y Comercialización.

Los establecimientos que sean reconocidos Autogestionados desde el Ministerio deberán crear la unidad de Finanzas, la que contendrá a la ya existente unidad de contabilidad.

Los establecimientos no acreditados Autogestionados y los de menor complejidad sólo tendrán unidad de contabilidad.

**Políticas**

Existirá un Manual Operativo Interno, el que dictara las normativas de procedimientos:

1. Bienes e Inventarios.
2. Contables.
3. Pago Subsidios.
4. Tesorería.
5. Pago a Proveedores.
6. Convenios Centralizados.
7. Convenios Internos.
8. Cobranzas: Deudores y Recuperación de Licencias Médicas

Los establecimientos deberán entregar una proyección Financiera – Presupuestaria en el mes de Noviembre, a la Dirección de Servicio para que ésta pueda negociar el Presupuesto del año siguiente con el Departamento de Presupuesto del Ministerio de Salud. Esta proyección deberá ser previamente negociada y consensuada con la Unidad de Recursos Financieros de la Dirección de Servicio.

Los establecimientos podrán solicitar a Fonasa traspasar sus remesas de Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) a Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), a través de esta Dirección de Servicio y previo estudio de costeo de una determinada prestación, en conjunto con el área clínica, estadística y Finanzas.

Los establecimientos que cumplan el equilibrio presupuestario, ingresos y gastos, y además generen un incremento de sus ingresos propios podrán negociar con esta Dirección de Servicio, el incremento del marco de gasto en los subtítulos 22 o 29.

Los establecimientos podrán negociar directamente con la Unidad de Recursos Financieros de esta Dirección de Servicio, la generación de nuevos negocios que entreguen al establecimiento de ingresos propios, tanto en el giro, relacionado a la actividad propia de este Servicio o aquellos que no tienen relación con éste.

Los establecimientos deberán respetar el equilibrio financiero para cumplir con las directrices ministeriales de deuda cero al término de cada uno de los ejercicios presupuestarios.

Los establecimientos deberán cumplir, durante cada ejercicio presupuestario, la ley de proveedores, donde al sector salud se ha solicitado tener una deuda con los proveedores de máximo 50 días.

**Herramientas**

Este SS y sus establecimientos dependientes contarán con un sistema de información contable, el cual deberá entregar reportes al usuario para la toma de decisiones y gestión financiera.

Los usuarios de este sistema deberán ser validados a través de certificación de haber aprobado los cursos dictados en cada proceso del sistema (contable, reportes, etc.)

La Unidad de Finanzas trabajará en la identificación y propuesta de una regla de financiamiento que permita vincular funciones-procesos y presupuesto, de manera que sean claros los criterios de construcción de los presupuestos. En particular se centrará en establecer los criterios que permitan el financiamiento de las funciones operativas de gestión de red que son nuevas en el SNSS.

#### d) Tecnologías de Información[[23]](#footnote-23)

**Organización:** Se consolidará el equipo de trabajo de Tecnologías de Información de la red del SSVQ, entre las unidades de Informática de los establecimientos de Quillota, Quilpué, Viña del Mar y la Dirección del SS, con el fin de concretar el plan informático del SS, para lo cual se establecen las siguientes metas:

* Se forma un equipo de proyectos informáticos trabajando en red.
* Se establece una red de soporte técnico del SSVQ
* El comité de informática trabaja activamente con los directivos y usuarios de la red.
* Se difunden y aplican las normativas ministeriales de uso de recursos TI.

**Gestión:** Todo el software que dispone la red SSVQ contará con sus respectivas licencias de uso, para lo cual se establecen las siguientes metas:

* Se regulariza el licenciamiento del software existente.
* Todo nuevo software que se utilice en el servicio debe contar con su respectiva licencia.
* Se promueve el uso de software de acceso gratuito.

Se optimizará el proceso de soporte técnico a la red del SS, para lo cual se establecen convenios centralizados de Servicio de Soporte técnico y mantención de los equipos computacionales para toda la red SSVQ.

**Comunicaciones:** La red de establecimientos del SS dispondrá de una plataforma de interconexión de datos y comunicaciones fluida entre todos sus establecimientos y la atención primaria, para lo cual se establecen las siguientes metas:

* Se dispone de una red WAN operativa mediante la ruta 5D.
* Se dispone de redes LAN operativas en los establecimientos.
* Servicio Multiconferencia 100% disponible para toda la red Ruta 5d.
* Optimo ancho de banda de acceso a Internet para aplicaciones críticas de los establecimientos.

Se potenciará el uso de los recursos informáticos, utilizando tecnologías ministeriales disponibles en Internet, para lo cual se establecen las siguientes metas:

* Se utiliza el servicio de Webhosting del Minsal a través de la Ruta 5D.
* Se utiliza el servicio de Intranet del Minsal a través de la Ruta 5D.
* Se utiliza el Servidor de Correos de Minsal para toda la red del SSVQ.
* Aplicaciones de Telemedicina para los establecimientos más alejados de la red.

Se mantendrá estricta rigurosidad en el cuidado de los equipamientos informáticos y elementos de red del SSVQ, para lo cual de establecen las siguientes metas:

* Normalización de la red eléctrica computacional de todos los establecimientos de la red.
* Cumplimiento de normas técnicas para la generación de nuevos puntos de red eléctrica computacional.

**Aplicaciones:** Se unificarán los procesos productivos de los establecimientos de salud de la red SSVQ, para lo cual se implantará una aplicación **HIS** utilizando la red ruta 5D en las principales áreas de los establecimientos:

* Atención Abierta, Cerrada y Urgencia desde la Admisión hasta el egreso del Paciente.
* Manejo ficha paciente e historial único nacional, disponible en toda la red.
* Considerando derivaciones y seguimiento casos GES.
* Servicios Multimedia y Aplicaciones de propósito especifico en Unidades de Apoyo (Diagnóstico, logístico, etc.) comunicadas con HIS.

Se aplicará un modelo de gestión en todos los establecimientos que permita la asignación de recursos y delegación de responsabilidades por Centros de Responsabilidad, para lo cual se implanta una aplicación asociada a **SIG** en operación en toda la red, bajo el modelo de Centros de Responsabilidad.

#### e) Inversiones[[24]](#footnote-24)

Organización: El proceso de preparación de iniciativas de inversión de este SS, es liderado por un profesional de esta Sección, quien está encargado de la evaluación técnico-económica de las iniciativas. Este profesional cuenta además con un referente validado en cada establecimiento de la red Asistencial, quienes tienen la función de recopilar información básica sobre el problema que origina la solicitud de financiamiento.

Una vez que las iniciativas han sido evaluadas por la Sección de Proyectos y Asistencia Técnica, éstas se presentan al Comité de Inversiones, quien prioriza la cartera de iniciativas, desde la mirada de la Red Asistencial en su conjunto, y establece claramente los criterios en lo que se basa su análisis. Este Comité de Inversiones está conformado por los Directivos del SS, Directores de Establecimientos de alta y mediana complejidad de la red Asistencial y representantes de establecimientos de Baja Complejidad.

El Comité de Inversiones define los proyectos que postularán a fuentes de financiamiento externas.

**Políticas**

1.- Estandarización: La presentación de requerimientos de inversión, por parte de los Establecimientos que componen la Red Asistencial, se estandariza, a través, de la “**Ficha Iniciativas de Inversión**”, la que contiene antecedentes básicos que permiten identificar un problema, vislumbrar sus posibles causas y alternativas de solución. Esta ficha es ingresada por los referentes de cada establecimiento vía Intranet.

2.- La Evaluación Técnica-Económica de los proyectos se realiza en forma centralizada, siendo la Sección de Proyectos y Asistencia Técnica la encargada de analizar los antecedentes incluidos en las Fichas de Inversión, completar la información y realizar la evaluación correspondiente, de tal manera, que sea posible juzgar cualitativa y cuantitativamente, las ventajas y desventajas de asignar recursos a una iniciativa de Inversión determinada.

3.- La priorización de las iniciativas de inversión se realiza en forma participativa, a través del **Comité de Inversiones,** instancia que recibe las iniciativas previamente evaluadas por la Sección de Proyectos y Asistencia Técnica, y se pronuncia sobre la pertinencia del proyecto y la fuente de financiamiento correspondiente. Se postulan a financiamiento externo, aquellas iniciativas estipuladas por el Comité de Inversiones.

Un diagrama del proceso, sería el siguiente:



Problema

Red Asistencial

Factibilidad

Técnico-Económica

Financiamiento Externo

Financiamiento Recursos Propios

(Proyectos)

4.- Se mantiene una Base de datos con las iniciativas presentadas por los establecimientos, para contar con una Cartera de proyectos disponibles al momento de surgir instancias de financiamiento.

5.- Se capacita constantemente a referentes de la Red Asistencial en Preparación de Proyectos.

6.- Se evalúan los resultados obtenidos una vez que se haya ejecutado la iniciativa (evaluación ex-post), para medir el grado de cumplimiento de los objetivos planteados a través de los resultados obtenidos por la iniciativa de inversión, para verificar la validez de las proyecciones realizadas en la etapa de preinversión, y para derivar acciones correctivas y mejorar los procesos y procedimientos de inversión vigentes.

7.- Se realizan estudios de preinversión para los establecimientos que componen la Red Asistencial.

8.- Se estudian nuevas vías de financiamiento, para los distintos de requerimientos de inversión de la Red.

9.- Se emplean los indicadores de Proyecto Postulado/Proyecto Seleccionado (Indicador que mide gestión directiva) y Proyecto Seleccionado/Proyecto Financiado (Indicador que mide la gestión de la Sección de Proyectos y Asistencia Técnica).

10.- Se mantiene un catastro actualizado de Maquinarias, Equipos, Instalaciones, Vehículos, y Edificios, con el objeto de permitir su identificación y realización expedita del mantenimiento preventivo y reparativo.

11.- Se establece un programa de mantenimiento por cada establecimiento.

12.- Se mantiene un catastro actualizado de Maquinarias, Equipos, Instalaciones, Vehículos, y Edificios, que permita su identificación y determinar la necesidad de reposición.

13.- Se privilegia la adquisición de equipamiento nuevo sobre el usado.

14.- Se evalúan distintas alternativas para la reposición de equipamiento (arriendo, leasing)

15.- La ejecución de Proyectos se realiza a través del Portal Chilecompra, en forma coordinada con el establecimiento beneficiario, incluyéndose una o más representantes de éste, en comisiones de evaluación de alternativas.

16.- En el caso de adquisición de equipamiento médico e industrial, la Sección de Asistencia Técnica coordina con el proveedor, la entrega de equipos y capacitación correspondiente en el establecimiento de destino.

17.- Se trabaja con un Plan de Mantenimiento, en el que se establecen Convenios de mantención por familias de equipos médicos e industriales.

18.- Las construcciones, ampliaciones y remodelaciones de infraestructura, son inspeccionadas por un Inspector Técnico que fiscaliza que la ejecución se realice conforme a las normas de construcción que sean aplicables. El I.T.O. es un profesional competente, según lo establece la Ley General de Urbanismo y Construcción.

**Herramientas**

Las Herramientas a utilizar son:

* Ficha de Inversiones, incluye antecedentes básicos que permiten identificar un proyecto.
* Manual de Procedimiento para la Formulación de Iniciativas de Inversión
* Intranet
* Base de datos, que incluye Cartera de Iniciativas de Inversión.

# V. Cartera de Prestaciones

La cartera de prestaciones propuesta para el Hospital Biprovincial Quillota – Petorca aumenta de manera muy significativa el número y complejidad de las prestaciones ofrecidas. Aumenta el número de camas, especialmente en camas de cuidados críticos, y en procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se destaca la incorporación de camas de cuidado intensivo para adultos y de cuidados intermedios para pediatría y neonatología, la creación de la Unidad de Diálisis, de Odontología, la hospitalización de Corta Estadía y el crecimiento de la capacidad resolutiva en procesos ambulatorios en general.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de**  **Responsabilidad** | **Usuario Final** | **Procesos** | **Línea Producción** | **Productos / Servicios Específicos** |
| Atención Ambulatoria | Usuario Atención Ambulatoria Electiva  Usuario Atención Ambulatoria de Emergencia / Urgencia | Proceso de Atención Abierta de Especialidades Médicas | Atención de Pediatría | Consulta Pediatría |
| Consulta Neurología |
| Consulta Broncopulmonar |
| Consulta Cardiología |
| Consulta Endocrinología |
| Consulta Cirugía Infantil |
| Atención de Especialidades Quirúrgica | Consulta de Cirugía General |
| Consulta Vascular Periférico |
| Consulta Cirugía Cabeza y Cuello |
| Consulta Cirugía Digestiva alta |
| Consulta Proctología |
| Consulta Urología |
| Consulta Otorrino Adulto e Infantil |
| Consulta Oftalmología Adulto e Infantil |
| Consulta Traumatología Adulto e Infantil |
| Atención de Medicina Interna | Consulta Dermatología Adulto e Infantil |
| Consulta Cardiología |
| Consulta Medicina Interna |
| Consulta Neurología Adulto |
| Consulta Broncopulmonar |
| Consulta Nefrología |
| Consulta Gastroenterología |
|  |
| Consulta Endocrinología |
| Atención Ginecología y Obstetricia | Consulta Ginecología |
| Consulta Obstetricia |
| Consulta de Morbilidad |
| Proceso de Apoyo de Otros Profesionales | Atención de Matrona | Consulta Matrona |
| Atención de Enfermera | Consulta Enfermera |
| Curación Enfermera |
| Vacunación Enfermera |
| Atención de Nutricionista | Consulta Nutricionista |
| Educación Nutricionista |
| Atención de Asistente Social | Consulta Asistente Social |
| Atención Fonoaudiólogo | Consulta Fonoaudiólogo |
| Atención Tecnólogo Oftalmología | Consulta Tecnólogo Oftalmología |
| Proceso de Rehabilitación Integral | Atención Fisiatría | Evaluación Fisiatría Adulto e Infantil |
| Atención Kinésica | Atención Kinésica General |
| Atención Kinésica Respiratoria Adulto, Pediátrica, Neonatal |
| Atención Kinésica Neurológica Adulto, Pediátrica, Neonatal |
| Atención Kinésica Trauma Adulto, Pediátrica |
| Procedimiento de Ultra Termia |
| Procedimiento de Ultrasonido |
| Procedimiento de Hidroterapia |
| Procedimiento de Compresas HúmedCaliente |
| Procedimiento de Baños De Parafinas |
| Procedimiento de Analgesia Transcutánea |
| Procedimiento de Masoterapia |
| Procedimiento de Examen Función Muscular |
| Procedimiento Turbión, Tanque c/remolino |
| Procedimiento de Estimulación Eléctrica |
| Procedimiento de Iontoforesis |
| Procedimiento de Compresión Neumática |
| Procedimiento de Ejercicios Respiratorios |
| Procedimiento de Entrenamiento Ortésico |
| Procedimiento de Entrenamiento Protésico |
| Procedimiento Manipulación Osteopática |
| Procedimiento Masoterapia |
| Procedimiento Reeducación Motriz |
| Procedimiento Técnica de Facilitación |
| Procedimiento Técnica de Relajación |
| Procedimiento de Drenajes Posturales |
| Procedimiento Reeducación de Marcha |
| Atención Terapeuta Ocupacional | Procedimiento de Evaluación Funcional |
| Procedimiento de Evaluación AVD |
| Procedimiento de Actividades Terapéuticas |
| Proc. Evaluación y Análisis Puesto Trabajo |
| Procesos de Salud Mental | Atención Ambulatoria Salud Mental | Evaluación diagnóstica integral |
| Plan individual de tratamiento integral |
| Plan de egreso |
| Atención Hospital de Día Salud Mental | Evaluación diagnóstica integral |
| Plan individual de tratamiento integral |
| Plan de egreso |
| Procesos de Salud Dental | Atención Odontología | Cirugía y TMT Máxilo Facial |
| Endodoncia |
| Odontopediatría |
| Ortodoncia |
| Periodoncia |
| Prótesis Fija |
| Prótesis Removible |
| Radiología Dento Máxilo-Facial |
| Educación De Grupo | Educación de Grupo por Medico | Sesión Educación Grupal |
| Educación de Grupo por Enfermera, Matrona o Nutricionista | Sesión Educación Grupal |
| Educación de Grupo por Asistente Social | Sesión Educación Grupal |
| Cuidados paliativos | Visita Domicilio por Enfermera | Visita Domicilio |
| Visita Domicilio por Asist.Social | Visita Domicilio |
| Visita Domicilio por Auxiliar de Enfermería | Visita Domicilio |
|  |  |  |
| Hospital de día | Aplicación Terapéutica de Hemodiálisis | Diálisis Adulto |
| Peritoneodiálisis |
| Oncología | Tratamiento oral de mantenimiento.  Seguimiento. |
| Cirugía Mayor Ambulatoria | Cirugías mayores |
| Proceso de Atención de Urgencia / Emergencia | Atención de Emergencia / Urgencia Traumatología Pediátrica. | Atención de Urgencia / Emergencia Traumatología Pediátrica. |
| Atención de Emergencia / Urgencia Traumatología Adulto. | Atención de Urgencia / Emergencia Traumatología Adulto. |
| Atención de Emergencia / Urgencia Cirugía General Pediátrico. | Atención de Urgencia / Emergencia Cirugía General Pediátrico |
| Atención de Emergencia / Urgencia Cirugía General Adulto. | Atención de Urgencia / Emergencia Cirugía General Adulto |
| Atención De Emergencia / Urgencia Pediátrica. | Atención de Urgencia / Emergencia Pediátrica |
| Atención De Emergencia / Urgencia Medicina Interna Adulto. | Atención de Urgencia / Emergencia Medicina Interna Adulto. |
| Atención De Emergencia / Urgencia Gineco Obstétrica. | Atención de Urgencia / Emergencia Gineco Obstétrica |
| Rescates/Traslados | Rescate simple y/o traslado en móvil básico |
| Rescate profesionalizado y/o traslado paciente complejo móvil avanzado |
| Traslado en ambulancia |
|  |
| Atención Hospitalizados | Usuario Atención Cerrada | Proceso Atención Cerrada Médico-Quirúrgico Adulto | Atención Cerrada Médica | Egreso de Broncopulmonar |
| Egreso de Cardiología |
| Egreso de Endocrinología |
| Egreso de Gastroenterología |
| Egreso de Medicina. |
| Egreso de Neurología |
| Egreso de Nefrología |
| Atención Cerrada Quirúrgica | Egreso de Cirugía Cabeza y Cuello |
| Egreso de Cirugía Digestiva Alta |
| Egreso Cirugía General |
| Egreso Cirugía Proctológica |
| Egreso Cirugía Vascular Periférica |
| Egreso Ginecología |
| Egreso de Cirugía Oftalmológica |
| Egreso de Cirugía Otorrinolaringológica |
| Egreso Cirugía Traumatológica. |
| Egreso Cirugía Urológica y Nefrológica |
| Proceso Atención Cerrada Mujer | Atención Obstétrica | Egreso Obstétrico |
| Proceso Atención Cerrada Infantil | Atención Cerrada Infantil | Egreso Pediátrico Broncopulmonar |
| Egreso Pediátrico Cardiológico |
| Egreso Pediátrico Quirúrgico |
| Egreso Pediátrico Endocrinológico |
| Egreso Pediátrico Neurológico |
| Egreso Pediátrico General |
| Egreso Pediátrico Oftalmológico |
| Egreso Pediátrico Otorrinolaringológico |
| Egreso Pediátrico Traumatológico |
| Egreso Pediátrico Neonatológico |
| Proceso Atención Cerrada Psiquiatría | Atención Psiquiátrica | Egreso Psiquiatría Corta Estadía |
| Proceso Atención Cerrada Pensionado | Atención Pensionado | Egreso Pensionado |
|  |  | Hospitalización Domiciliaria | Atención integral en domicilio | Día cama integral en domicilio |
|  |  | Proceso Atención Paciente Crítico | Atención Cuidados Críticos | Egreso de Cuidados Intermedios Neonatológico |
| Egreso de Cuidados Intermedios Pediátrico |
| Egreso de Cuidados Intermedios Adulto |
| Egreso de Cuidados Intensivos Adulto |
| Apoyo Diagnóstico y Terapéutico | Usuario derivado de Atención Cerrada y  Unidad Demandante del Producto  Usuario derivado de Atención Primaria y Unidad Demandante del Producto  Usuario derivado de Atención Ambulatoria y Unidad Demandante del Producto | Proceso Apoyo Diagnóstico de Imagenología. | Radiología Simple | Partes Blandas; Laringe Lateral; Cavum Rinofaríingeo (Rinofarinx) |
| Proyección Complementaria En El Mismo Examen (Oblicuas, Selectivas U Otras) |
| Tórax Simple (Frontal O Lateral) (Incluye Fluoroscopía) |
| Mamografía |
| Proyección Complementaria De Corazón (Oblicuas U Otras) |
| Tórax (Frontal Y Lateral) (Incluye Fluoroscopía) |
| Abdomen Simple ( Con Equipo Estático O Móvil) |
| Esófago Simple (Incluye Pesquisa De Cuerpo Extraño) |
| Abdomen Simple, Proyección Complementaria En Mismo Examen |
| Colangiografía Intra O Postoperatoria (Por Sonda T, O Similar) |
| Esófago, Estómago Y Duodeno, Doble Contraste (15 Exp.) |
| Estudio De Deglución Faríngea (6 Exp.) |
| Estudio Intestino Delgado (6 Exp.) |
| Pielografía De Eliminación O Descendente: Incluye Renal Y Vesical Simples Previas, 3 Placas Post Inyección De Medio De Contraste, Controles De Pie Y Cistografía Pre Y Post Miccional. (7 A 9 Exp.) |
| Renal Simple (Proc. Aut.) (1 Exp.) |
| Vesical Simple O Perivesical (Proc. Aut.) (1 Exp.) |
| Agujeros Ópticos, Ambos Lados (2 Proy.) (2 Exp.) |
| Cavidades Perinasales, Órbitas, Articulaciones Temporomandibulares, Huesos Propios De La Nariz, Malar, Maxilar, Arco Cigomático, Cara, C/U (2 Exp.) |
| Cráneo Frontal Y Lateral (2 Exp.) |
| Cráneo, Cada Proyección Especial: Axial, Base, Towne, Tangencial, Etc. (1 Exp.) |
| Oído, Uno O Ambos (3 Proy.) (3 Exp.) |
| Silla Turca Frontal Y Lateral (2 Exp.) |
| Columna Cervical O Atlas-Axis (Frontal Y Lateral) (2 Exp.) |
| Columna Dorsal O Dorsolumbar Localizada, Parrilla Costal Adultos (Frontal Y Lateral) (2 Exp.) |
| Columna Lumbar O Lumbosacra |
| Columna Lumbar O Lumbosacra Funcional (2 Exp.) |
| Columna Lumbar O Lumbosacra, Oblicuas Adicionales (2 Exp.) |
| Columna Total O Dorsolumbar, Panorámica Con Folio Graduado |
| Pelvis, Cadera O Coxofemoral, C/U (1 Exp.) |
| Pelvis, Cadera O Coxofemoral De RN, Lactante O Niño Menor De 6 Años, C/U (1 Exp.) |
| Pelvis, Cadera O Coxofemoral, Proyecciones Especiales; (Rotación Interna, Abducción, Lateral, Lawenstein U Otras) C/U (1 Exp.) |
| Sacrocoxis O Articulaciones Sacroilíacas, C/U (2-3 Exp.) |
| Brazo, Antebrazo, Codo, Muñeca, Mano, Dedos, Pie O Similar (Frontal Y Lateral) C/U, (2 Exp.) |
| Clavícula (2 Exp.) |
| Edad Ósea: Carpo Y Mano (1 Exp.) |
| Edad Ósea: rodilla |
| Estudio De Escafoides |
| Estudio Muñeca O Tobillo (Front., Lateral Y Oblicuas; 4 Exp.) |
| Proyecciones Especiales Oblicuas U Otras En Hombro, Brazo, Codo, Rodilla, Rótulas, Sesamoídeos, Axial De Ambas Rótulas O Similares, C/U |
| Túnel Intercondíleo O Radio-Carpiano |
| Ecografía Obstétrica |
| Ecotomografía Como Apoyo A Cirugía, O A Procedimiento (De Tórax, Muscular, Partes Blandas, Etc.) |
| Radiología Compleja | Colangiopancreatografía endoscópica |
| Pielografía Transparietal Por Vía Translumbar |
| Ultrasonografía. | Ecotomografía Abdominal (Incluye Hígado, Vía Biliar, Vesícula, Páncreas, Riñones, Bazo, Retroperitoneo y Grandes Vasos) |
| Ecotomografía Transvaginal o Transrectal |
| Ecotomografía Ginecológica, Pelviana Femenina U Obstétrica Con Estudio Fetal |
| Ecotomografía Pélvica Masculina |
| Ecotomografía Renal (Bilateral), o de Bazo |
| Ecotomografía Cerebral (R.N. o Lactante) |
| Ecotomografía Mamaria Bilateral |
| Ecotomografía Testicular (Uno o Ambos) |
| Ecotomografía Tiroidea |
| Ecotomografía Vascular Periférica, Articular o de Partes Blandas |
| Ecotomografía Vascular Periférica (Bilateral), Cervical (Bilateral), Abdominal o de Otros Órganos Con Doppler Color |
| Ecotomografía DOPPLER carotidea bilateral |
| Ecotomografía DOPPLER abdominal o de vasos testiculares |
| Ecotomografía DOPPLER de vasos placentarios |
| Tomografía | Tomografía Axial Computarizada Cuello |
| Tomografía Axial Computarizada Cerebro |
| Tomografía Axial Computarizada de Columna |
| TAC, Columna dorsal o lumbar (3 espacios - 4 vértebras) |
| Tomografía Axial Computarizada de Abdomen |
| Tomografía Axial Computarizada de Pelvis |
| Tomografía Axial Computarizada de Tórax Total |
| TAC, Angulo ponto cerebeloso (40 cortes 2 mm) |
| TAC, Cortes coronales complementarios (10 cortes) |
| TAC, Temporal-oído (incluye coronales) (40 cortes) |
| TAC, Orbitas máxilofacial (incluye coronales) |
| TAC, Silla turca e hipófisis (20 cortes 2 mm) |
| TAC, Extremidades, estudio localizado (30 cortes) |
| TAC, Angiotac de cerebro |
| TAC, Angiotac de torax |
| TAC, Angiotac de abdomen |
| TAC, Angiotac vasos del cuello |
| TAC, Angiotac de extremidades |
| Proceso Apoyo Diagnóstico de Laboratorio | Bioquímica | Acetona cualitativa |
| Acido Láctico |
| Acido Úrico |
| Amilasa |
| Bicarbonato (proc. aut.) |
| Bilirrubina Total y Conjugada |
| Calcio |
| Caroteno |
| Caroteno, Prueba de Sobrecarga de (Incluye Tomas de Muestra) |
| Colesterol Total (Proc. Aut.) |
| Colesterol HDL |
| Colinesterasa en Plasma o Sangre Total |
| Creatinina |
| Creatinina, depuración de (Clearence) (Proc. Aut.) |
| Creatinquinasa CK - MB Miocárdica |
| Creatinquinasa CK - Total |
| Deshidrogenasa Láctica Total (LDH) |
| Troponina |
| Electrolitos Plasmáticos (Sodio, Potasio, Cloro) C/U |
| Perfil Lipídico (Incluye: Colesterol Total, HDL, LDL, VLDL y Triglicéridos) |
| Fármacos y/o Drogas; Niveles Plasmáticos de (Alcohol, Anorexígenos, Antiarrítmicos, Antibióticos, Antidepresivos, Antiepilépticos, Antihistamínicos, Antiinflamatorios y Analgésicos, Estimulantes Respiratorios, Tranquilizantes Mayores y Menores, Etc.) C/U |
| Fosfatasas Alcalinas Totales |
| Fósforo (Fosfatos) |
| Gamma Glutamiltranspeptidasa (GGT) |
| Gases y Equilibrio Ácido Base en Sangre (Incluye: Ph, O2, CO2, Exceso de Base y Bicarbonato), Todos o Cada Uno de Los Parámetros |
| Glucosa |
| Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral |
| Litio |
| Adenosindeaminasa en Sangre U Otro Fluído Biológico. |
| Nitrógeno Ureico y/o Úrea |
| Perfil bioquímico |
| Proteínas Fraccionadas Albúmina/Globulina (Incluye Código 03-02-060) |
| Proteínas totales o albúminas |
| Perfil Hepático (Incluye Tiempo de Protrombina, Bilirrubina Total y Conjugada, Fosfatasas Alcalinas Totales, GGT, Transaminasas GOT/AST y GPT/ALT) |
| Transaminasas, Oxalacética (GOT/AST), Pirúvica (GPT/ALT), C/U |
| Triglicéridos (Proc. Aut.) |
| Hematología | Células del Lupus, Cada Muestra |
| Coombs Directo, Test de |
| Coombs Indirecto, Prueba de |
| Grupos Menores. Tipificación o Determinación de Otros Sistemas Sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd y Otros) C/U |
| Grupos Sanguíneos AB0 y Rho (Incluye Estudio de Factor Du en Rh Negativos) |
| Fierro sérico |
| Hematocrito (Proc. Aut.) |
| Hemoglobina en Sangre Total (Proc. Aut.) |
| Hemoglobina Glicosilada |
| Hemograma |
| Hemosiderina Medular |
| Isoinmunización, Detección de Anticuerpos Irregulares (Proc. Aut.). |
| Protrombina, Tiempo de  Consumo de (Incluye INR, Relación Internacional Normalizada) |
| Recuento de Eosinófilos (Absoluto) |
| Recuento de Eritrocitos, Absoluto (Proc. Aut.) |
| Recuento de Leucocitos, Absoluto (Proc. Aut.) |
| Recuento de Linfocitos (Absoluto) |
| Recuento de Plaquetas (Absoluto) |
| Recuento de Reticulocitos (Absoluto o Porcentual) |
| Recuento de Basófilos |
| Sangría, Tiempo de (Ivy) (No Incluye Dispositivo Asociado ) |
| Tromboplastina, Tiempo Parcial de (TTPA, TTPK o Similares) |
| Velocidad de Eritrosedimentación (Proc. Aut.) |
| Hormonas | Subunidad Beta HCG |
| Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) |
| Tiroxina libre (T4L) |
| Inmunología | Proteína C Reactiva por Técnicas Nefelométricas y/o Turbidimétricas |
| Alfa fetoproteínas |
| Antiestreptolisina O, por técnica de látex |
| Antígeno prostático específico |
| Factor reumatoídeo por técnica de látex u otras similares |
| Intradermoreacción (PPD, Histoplasmina, Aspergilina, U Otros, Incluye el Valor del Antígeno y Reacción de Control), C/U. |
| Reacción Cutánea 16 Alérgenos por Escarificación (Incluye el Valor de Los Antígenos) |
| Microbiología. | Examen Directo Al Fresco, C/S Tinción (Incluye Trichomonas) |
| Baciloscopía Ziehl-Neelsen |
| Tinción de Gram |
| Coprocultivo, C/U |
| Hemocultivo Aerobio, C/U |
| Urocultivo, Recuento de Colonias y Antibiograma (Incluye Toma de Orina Aséptica) (No Incluye Recolector Pediátrico) |
| Campylobacter, Yersinia, Vibrio, C/U |
| Neisseria Gonorrhoeae (Gonococo) |
| Levaduras |
| Neisseria Meningitidis (Meningococo) |
| Mycoplasma y Ureaplasma, C/U |
| Anaerobios (Mínimo 4 Fármacos) |
| Brucella, Reacción de Aglutinación Para (Wright-Hudleson) o Similares |
| Mononucleosis, Reacción de Paul Bunnell, Anticuerpos Heterófilos o Similares |
| R.P.R. |
| Tíficas, Reacciones de Aglutinación (Eberth H y O, Paratyphi A y B) (Widal) |
| Tifus Exantemático, Reacción de Aglutinación Para (Weil-Felix) |
| V.D.R.L. |
| Artrópodos macroscópicos y microscópicos (imagos y/o pupas y/o larvas), diagnóstico |
| Coproparasitario seriado con técnica para Cryptosporidium sp o para Diantamoeba fragilis |
| Coproparasitario seriado para Fasciola hepática |
| Coproparasitario seriado para Isospora y Sarcocystis |
| Tenias post. trat., Diagnostico y búsqueda de escólex de |
| Diagnostico Parasitario en Exudados, Secreciones y Otros Líquidos Orgánicos (No Especificados Mas Adelante), Examen Macro y Microscópico de (Incluye Concentración y/o Tinción Cuando Proceda), C/U |
| Graham, Examen de (Incluye Diagnostico de Gusanos Macroscópicos y Examen Microscópico de 5 Muestras Separadas) |
| Raspado de Piel, Examen Microscópico de ("Acarotest"): De 6 A 10 Preparaciones |
| Coproparasitológico Seriado Simple |
| Elisa Indirecta (Chagas, Hidatidosis, Toxocariasis y Otras), C/U |
| Anticuerpos Virales, Determ. de (Adenovirus, Citomegalovirus, Herpes Simple, Rubéola, Influenza A y B; Virus Varicela-Zoster; Virus Sincicial Respiratorio; Parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y Otros), C/U |
| Anticuerpos Virales, Determ. de H.I.V. |
| Antígenos Virales Determ. de (Adenovirus, Citomegalovirus, Herpes Simple, Rubéola, Influenza y Otros), (por Cualquier Técnica Ej: Inmunofluorescencia), C/U |
| Virus Hepatitis B, Anticuerpos de Antígeno de Superficie (Australiano) |
| Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) |
| Deposiciones, Exudados, Secreciones y Otros Líquidos | Azúcares Reductores (Benedict-Fehling o Similar) |
| Grasas Neutras (Sudán III) |
| Hemorragias Ocultas, (Bencidina, Guayaco o Test de Weber y Similares), Cualquier Método, C/Muestra |
| Leucocitos Fecales |
| Ph |
| Directo Al Fresco C/S Tinción, (Incluye Trichomonas) |
| Eosinófilos, Recuento de |
| Físico-Químico (Incluye Aspecto, Color, Ph, Glucosa, Proteína, Pandy y Filancia) |
| Espermiograma (Físico y Microscópico, Con o Sin Observación Hasta 24 Horas) |
| Madurez Fetal Completa (Físico; Células Anaranjadas, Bilirrubina, Test de Clements, Creatinina, Contaminantes) |
| Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) |
| Glucosa |
| Flujo vaginal o secreción uretral, estudio de |
| Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u |
| Orina | Acido Úrico Cuantitativo |
| Amilasa Cuantitativa |
| Calcio Cuantitativo |
| Cálculo Urinario (Examen Físico y Químico) |
| Creatinina Cuantitativa |
| Cuerpos Cetónicos |
| Microalbuminuria Cuantitativa |
| Fósforo Cuantitativo |
| Glucosa (cuantitativo) |
| Melanogenuria (Test de Cloruro Férrico) |
| Nitrógeno ureico o urea cuantitativo |
| Orina Completa |
| Orina, Físico-Químico (Aspecto, Color, Densidad, Ph, Proteínas, Glucosa, Cuerpos Cetónicos, Urobilinógeno, Bilirrubina, Hemoglobina y Nitritos) Todos o Cada Uno de Los Parámetros (Proc. Aut.) |
| Proteína (Cuantitativa) |
| Proceso Apoyo Diagnóstico de Anatomía Patológica. | Citodiagnóstico | Examen Citodiagnóstico Corriente. |
| Examen Citología Aspirativa. |
| Autopsias | Necropsia de Adulto o Niño. |
| Necropsia de Feto o Recién Nacido |
| Histopatología | Estudio Histopatológico Corriente de Biopsia Diferida y biopsia rápida |
| Proceso Apoyo Terapéutico de Medicina Transfusional. | Transfusión de componentes sanguíneos | Transfusión Adulto |
| Transfusión RN y Pediátrico |
| Exámenes | Estudios pretransfusionales. |
| Proceso Aplicación Terapéutica de Intervención Quirúrgica. | Anestesia y Reanimación | Anestesia General |
| Anestesia Epidural |
| Cirugía Oftalmológica | Abceso, tratamiento quirurugico |
| Abceso, vaciamiento y/o drenaje |
| Aspiración esferular con capsulotomía |
| Biopsia de Párpado y/o Anexos (Proc. Aut.) |
| Blefarochalasis, Plastía de |
| Blefarofimosis, Plastia de |
| Blefarorrafia con blefarotomía posterior |
| Entropión, Plastía de |
| Cantoplastia |
| Chalazión y otros tumores Benignos |
| Cirugía obstrucción conducto y/o seno lagrimal |
| Crioterápia y resección conjuntival |
| Cuerpo extraño, extracción quirurgica de: |
| Desgarro sin desorendimiento diatermo y/o crio y/o Fotocoagulación |
| Discisión de Capsula Posterior |
| Enucleación o implante de prótesis ocular |
| Epicanto, Plastía de |
| Estrabismo, Trat quirurgico completo (1 o 2 ojos) |
| Exanteración ocular (Proc Aut) |
| Extracción o correción de desplazamiento de lio |
| Facoéresis Intracapsular o Catarata Secundaria |
| Facoéresis Extracapsular Con Implante de Lente Intraocular |
| Glaucoma, Trat. Quir. por Cualquier Técnica |
| Quiste Dermoide de La Cola de La Ceja, Resec. Plástica |
| Tumor Benigno, extirpación de |
| Pterigión y/o Pseudopterigión o Su Recidiva, Extirpación |
| Implante Secundario de Lente Intraocular |
| Hernia de Iris y/o Fístulas, Reparación de |
| Herida o Dehiscencia, Sutura de (Proc. Aut.) |
| Intubacion Lagrimal |
| Iridectomía periférica |
| Iridotomía |
| Ptosis, Tratamiento Quirurgico |
| Puntos lagrimales, Plastía de |
| Reconstitución de canaliculos |
| Retinopatía proliferativa, Panfotocoagulación |
| Simblefaron, Resección de adherencias y plastía de |
| Xantelasma, Trat Quirurugico |
| Cirugía Otorrinolaringológica | Absceso y/o Hematomas, Trat. Quir. |
| Abceso Periamigdaliano |
| Abceso y hematoma del tabique nasal |
| Cuerpo Extraño en Conducto Auditivo Externo, Extracción por Vía Retroauricular |
| Fístula Preauricular Complicada, Trat. Quir. |
| Tumor Benigno, Trat. Quir. |
| Mucositis Timpánica o Mixiosis Uni o Bilateral, Trat. Quir. |
| Timpanoplastía Funcional (Cualquier Tipo) C/S Mastoidectomía |
| Biopsia Buco-Faríngea (Proc. Aut.) |
| Sección Simple y/o Resección Frenillo Sublingual |
| Petrositis, Trat. Quir. |
| Reconstitución Funcional de Oído Radicalizado |
| Adenoidectomía |
| Amigdalectomía |
| Turbinectomía o Electrocauterización de Cornetes |
| Fract. Nasal Reciente, Cerrada o Expuesta, Reducc. C/S yeso |
| Pólipo Nasal y/o Coanal, Trat. Quir. |
| Rinoplastía y/o Septoplastía, |
| Sinequia Nasal, Trat. Quir. |
| Vaciamiento Etmoidal por Vía Nasal C/S Polipectomía |
| Traqueostomía (Proc. Aut.) |
| Cauterización por vía nasal de arteria esfenopalatina |
| Cirugía Cálculos Salivales |
| Cirugía Fístula buço-sinusal |
| Cirugía Rinofima |
| Cirugía Seno Frontal |
| Etmoldectomía endo o exonasal |
| Exostósis, resección retro o endoaural Oído Medio y Externo |
| Extirpación Tumor benigno de la mucosa bucal |
| Faringoplastía, c/s desplazamiento de Colgajos |
| Operación radical del oído c/s sección cuerda del tímpano Oído Medio |
| Rinitis atrófica, trat. Por inclusión submucosa |
| Seno maxilar, antrostomía |
| Tumor benigno, resección |
| Cirugía Plástica y Reparadora | Resecc. Plástica de Cicatrices |
| Sutura plástica Heridas Simples de la cara, que sólo comprometen piel |
| Cirugía Cabeza y Cuello | Abceso parotideo submaxilar, trat quirurgico |
| Biopsia quirurgica mucosa oronasofaringea (Proc, Aut) |
| Biopsia quirurgica piel y mucosa de cara |
| Cirugía Fístula salival |
| Cirugía Fístula salival Con osteosintesis multiples c/s ligaduras circunferenciales/ |
| Cirugía Fístula salival Con osteosintesis unica c/s colocación de yeso |
| Disección y extirpación ganglionar Radical clásica o modificada de cuello |
| Disección y extirpación ganglionar Yugular simple |
| Extirpación Sublingual |
| Fracturas del malar, maxilar superior, mandíbula y orbitarias, excluida nariz. Reducción -Con colocación de arcos y/o osteosíntesis |
| Lobectomía c/s istmectomía |
| Mucocele o quiste labial, trat quirurgico |
| Osteotomías segmentarias sobre mandíbula |
| Parotidectomía parcial |
| Parotidectomía total |
| Parotidectomía total ampliada |
| Punción evacuadora de quiste tiroídeo c/s toma de muestra |
| Quistes o fistulas del conducto tirogloso, y/o branquial |
| Resección cutánea simple Tumores Malignos (sutura primaria) |
| Resección y cirugía reparadora Nariz |
| Tiroidectomia Bilateral, Subtotal |
| Tiroidectomía Bilateral, total |
| Tiroidectomía total ampliada |
| Cirugía de Digestiva Alta | Absceso hepatico, trat. Quir. |
| Abscesos, quistes, pseudoquistes o similares, trat. Quir. |
| Antrectomia y vagotomia troncular o selectiva (proc. Aut.) |
| Apendicectomia y/o dren. Absceso apendicular (proc. Aut.) |
| Autoimplante de bazo (incluye esplenectomia) |
| Cierre de colostomia (proc. Aut.) |
| Colangioenteroanastomosis intrahepatica |
| Colecistectomia c/s colangiografia operatoria |
| Colecistectomia por videolaparoscopia |
| Colecistectomia y coledocostomia (sonda t y colangiografia postoperatoria) c/s colangiografia operatoria |
| Colecistogastroanastomosis o colecistoenteroanastomosis |
| Colecistostomia (proc. Aut.) |
| Colectomia parcial o hemicolectomia |
| Colectomia total abdominal |
| Coledoco o hepatoenteroanastomosis |
| Coledocostomia supraduodenal o hepaticostomia (proc. Aut.) |
| Colostomia |
| Descenso de colon c/conservacion del esfinter, incluye reseccion de colon |
| Desgastrectomia y neoanastomosis, c/s vaguectomia |
| Diafragmatica por via abdominal o cualquiera otra hernia con uso de protesis (incluye el valor de la protesis) |
| Diverticulo de meckel, trat. Quir. |
| Drenaje via biliar transhepatico |
| Dumping y/o sindrome asa aferente, trat. Quir. |
| Duplicación intestinal |
| Enteroenteroanastomosis o enterocoloanastomosis (proc. Aut.) |
| Enterotomia o enterostomia (yeyunostomia u otra) (proc. Aut.) |
| Esfinteroplastía transduodenal, (proc. Aut.) |
| ESOFAGO Várices, ligadura directa |
| Esplenectomia total o parcial (proc. Aut.) |
| Gastrectomia subtotal / total |
| Gastroenteroanastomosis, cualquier tecnica. (proc. Aut.) |
| Gastropexia y/u otra cirugia antirreflujo, c/s vagotomia |
| Gastrosquisis |
| Gastrotomia y/o gastrostomia (proc. Aut.) |
| Hartmann, operacion de (o similar) |
| Hepatectomia segmentaria (proc. Aut.) |
| Herida traumatica de higado y/o via biliar |
| Heridas, traumatismos de pancreas |
| Hernia incisional o evisceracion postop. Sin reseccion intestinal |
| Inguinal, crural, umbilical, de la linea blanca o similares, recidivada o no, simple o estrangulada s/reseccion intest. C/u |
| Invaginacion intestinal, trat. Quir. |
| Laparotomia exploradora, |
| Lleostomia terminal o en asa (proc. Aut.) |
| Lobectomia hepatica (proc. Aut.) |
| Mal rotación intestinal |
| Oclusion intestinal c/s reseccion |
| Onfalocele trat. Quir. |
| Operación de etapificación BAZO |
| Pancreatectomia parcial |
| Pancreatoduodenectomia |
| Perforacion gastrica aguda, trat. Quir. |
| Perforacion y/o herida de intestino, unica o multiple, trat.quir. (proc. Aut.) |
| Peritonitis difusa aguda, trat. Quir. |
| Persistencia conducto onfalomesenterico |
| Piloroplastia (proc. Aut.) |
| Quiste hidatidico, unico o multiple, y/o cistoyeyunoanastomosis, trat. Quir. |
| Quiste uraco, trat. Quir. |
| Quiste y/o tumor del mesenterio y/o epiplones, unico y/o multiple, trat. Quir. |
| Reconstitucion de transito en 2° tiempo de operación codigo 180279 |
| Reconstitucion transito post operacion de hartmann o sim. |
| Reseccion de intestino y enteroanastomosis |
| Reseccion intestinal masiva por trombosis mesenterica u otra etiologia |
| Secuestrectomia en pancreatitis aguda |
| Sutura esplénica (proc. Aut.) |
| Tumor y/o quiste peritoneal (parietal) |
| Tumor y/o quiste retroperitoneal |
| Vagotomia selectiva y superselectiva c/s dren. Gastrico, c/s piloroplastia (proc. Aut.) |
| Yeyunopancreatostomia |
| Cirugía Proctológica | Absceso anorrectal |
| Absceso sacrocoxigeo, drenaje |
| Biopsia quirurgica rectal (proc. Aut.) |
| Cirugía Incontinencia anal. Con cerclaje |
| Condilomas anales, trat. Quir. (para electrofulguracion ver cod. 1601006) |
| Criptectomia y/o papilectomia (cualquier numero; proc. Aut.) |
| Cuerpo extrano rectal, extraccion por via anal |
| Desgarros y heridas anorrectales c/s compromiso del esfinter |
| Esfinterotomia (proc. Aut.) |
| Estenosis rectal, plastia |
| Fecaloma, trat. Quir. |
| Fistula anorrectal, trat.quir.de cualquier tipo |
| Fistula rectovaginal, rectouretral o uretrovaginal |
| Fisura anal, repar. Quir. |
| Hemorroidectomia (incluye otras operaciones complementarias en canal anal) |
| Hemorroides, trombectomia (proc. Aut.) |
| Incontinencia anal, trat.quir. Con plastia muscular |
| Polipo rectal, trat.quir. |
| Prolapso rectal, trat.quir. |
| Prurito anal, trat. Quir. Por denervacion |
| Quiste sacrocoxigeo, trat. Quir. |
| Reseccion abdominoperineal de ano y recto |
| Reseccion anterior de recto |
| Resección perineal de ano y recto |
| Cirugía Vascular Periférica | Denudacion venosa (proc. Aut.) |
| Derivaciones venosas de extremidades puentes venosos |
| Embolectomia y/o trombectomia, unilateral, miembro superior o inferior (proc. Aut.) |
| Fistula arteriovenosa derivacion externa |
| Implante filtros venosos |
| Ligadura cayado safena interna, unilateral |
| Ligadura otros troncos venosos. (poplitea, femoral, iliacas, humeral, axilar. No comunicantes ni perforantes) |
| Ligadura troncos arteriales, (proc. Aut.) |
| Reseccion cutaneoaponeurotica unilateral (incluye fasciotomia interna o posterior) |
| Safenectomia interna y/o externa, unilateral |
| Cirugía Dermatológica | Extracción Tumores de la Piel |
| Fototerapia Dermatológica |
| Nitrógeno Líquido |
| Queratosis actínicas |
| Cirugía Urológica | Absceso, trat. Quir. |
| Adenoma o cancer prostatico, reseccion endoscopica |
| Adenoma prostatico, trat. Quir. Cualquier via o tecnica abierta |
| Amputacion parcial del pene (proc. Aut.) |
| Biopsia de pene (proc. Aut.) |
| Biopsia quirurgica (uno o ambos) (proc. Aut.) |
| Biopsia quirúrgica testículos y sus anexos |
| Cavernosostomia y/o cavernoespongiostomia y/o shunt safenocavernoso |
| Circuncision (incluye seccion de frenillo, y/o de sinequias balanoprepuciales, y/o incision dorsal c/s meatotomia) |
| Cirugía Absceso Próstata o Vesículas Seminales |
| Cirugía Epispadias |
| Cirugía lesiones de las Glándulas de Cowper |
| Cistectomia parcial y/o trat. Quir. De diverticulo vesical |
| Cistoplastia, proc. Completo |
| Cistorrafia, proc. Completo |
| Cistostomia c/s extraccion de cuerpo extrano o calculo |
| Descenso testiculo abdominal c/s hernioplastia |
| Diverticulectomia por via vaginal, perineal, penoescrotal o quistectomia uretral |
| Epididimectomia parcial o total, un lado |
| Escroto, plastia de, proc. Completo |
| Fístula urétero-vaginal, trat. Quir. |
| Fistula vesicocutanea, y/o vaginal, y/o intest., trat. Quir. |
| Flegmon urinoso, drenaje y cistostomia |
| Hidatidectomia unilat. C/s eversion de la vaginal (proc. Aut.) |
| Hidrocele y/o hematocele, trat. Quir. |
| Hipospadia distal o plastia de uretra (cada tiempo) |
| Hipospadia proximal, trat. Quir. En un tiempo |
| Incontinencia urinaria, trat. Quir. Por via abdominal, suprapubica o combinada |
| Lesiones del cuello vesical, trat. Quir. |
| Lesiones del cuerpo cavernoso, trat. Quir. |
| Ligadura de arterias hipogastricas |
| Meatotomia hombre y/o seccion frenillo y/o incision dorsal, (proc.aut.) |
| Meatotomia mujer |
| Meatotomia quirurgica c/s reseccion de polipo o caruncula |
| Nefrectomía Total |
| Nefrostomía, Nefropexia y/o Nefrotomía por Litiasis, Biopsias U Otras |
| Ureteroplastías, Proc. Completo |
| Ureterostomía Unilateral: Vesical, Cutánea o Intestinal |
| Ureterorrafia y/o ureterolisis c/u |
| Ureterostomia bilateral: vesical, cutanea o intestinal |
| Uretrotomía Interna y/o Uretrolitotomía |
| Uretrectomia c/s cistostomia |
| Uretrostomia |
| Tumores Malignos de Próstata o Vesículas Seminales, Trat. Quir. Radical |
| Orquidectomía Un Lado |
| Orquidopexia Un Lado |
| Tumores Malignos del Testículo, Orquidectomía Ampliada no Incluye |
| Quistes del Cordón, y/o Epidídimo, Extirpación; Epididimotomía Diagnóstica y/o Terapéutica |
| Varicocele Unilateral, Trat. Quir. |
| Torsión del Cordón, Trat. Quir. (Incluye La Fijación del Otro Testículo) |
| Plastia de pene, proc. Completo (no incluye valor de la protesis) |
| Plastia de uretra o trat. De fistulas residuales |
| Plastia epididimodeferente (operacion de martin o sim.) |
| Polipo meato, electrocoagulacion |
| Protesis testicular, (proc. Aut.) |
| Reseccion endoscopica de cancer vesical |
| Reservorio continente intestinal |
| Vasectomia bilateral, (proc. Aut.) (la vasectomia como tiempo previo a una reseccion de prostata esta incluida en la prostatectomia) |
| Vesiculostomia diagnostica y/o terapeutica |
| Cirugía Ginecológica | Anexectomía y/o Vac. de Absceso Tubo-Ovárico, Uni o Bilateral. |
| Embarazo Tubario, Trat. Quir. |
| Ligadura o Sección Uni o Bilateral de las trompas (Madlener,Pomeroy, o Similares) |
| Salpingectomía Uni o Bilateral |
| Miomectomía |
| Conización y/o Amputación del Cuello, Diagnostica y/o Terapéutica C/S Biopsia |
| Ligamento Ancho: Abscesos y/o Hematomas y/o Flegmones y/o Quistomas y/o Várices U Otros, Trat. Quir. (Proc. Aut.) |
| Histerectomía |
| Histeropexia |
| Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Trat. Quir. por Vía Vaginal |
| Plastía Uterina (Operación de Strassmar o Similares) |
| Polipectomía (Uno o Más) (Proc. Aut.) |
| Prolapso Anterior y/o Posterior Con Repar., Incontinencia Urinaria por Vía Extravaginal o Combinada |
| Prolapso Anterior y/o Posterior C/S Trat. de Incontinencia Urinaria por Vía Vaginal |
| Quiste y/o Desgarro y/o Tabique Vaginal |
| Bartolinitis, Vaciamiento y Drenaje |
| Bartolinocistoneostomía o Extirp. de La Glándula |
| Videolaparoscopía Ginecológica Exploradora |
| Extracción de DIU Incrustado, por Vía Abdominal |
| Incompetencia Cervical Trat. Quir. |
| Absceso y/o hematoma de mama, trat.quir. |
| Colpoceliotomia |
| Desgarro cervical trat. Quir. |
| Esterilidad tubaria, operacion plastica uni o bilateral |
| Mastectomia |
| Ooforectomia parcial o total, uni o bilateral |
| Sinequia y/o estenosis cervical, trat. Quir. |
| Tumor benigno y/o quiste y/o mama supernumeraria y/o aberrante o politelia, o biopsia quirurgica extemporanea, trat. Quir. |
| Vulvectomia simple |
| Cirugía Obstétrica y Partos | Aborto Retenido, Vaciamiento de (Incluye Inducción en Los Casos Que Corresponda) |
| Raspado Uterino Diagnóstico o Terapéutico por Metrorragia por Restos de Aborto |
| Cesárea C/S Salpingoligadura o Salpingectomía |
| Cesárea Con Histerectomía |
| Parto Normal |
| Parto Distócico Vaginal |
| Cirugía Traumatológica | Amputación dedos, mano o del pulgar |
| Amputacion pulpejos (plastia kutler o similares) |
| Amputacion transmetatarsiana |
| Artroscopía Diagnóstica C/S Biopsia, C/S Sección de Bridas, Extracción de Cuerpo Extraño |
| Pseudoartrosis Infectada Huesos Largos |
| Pseudoartrosis cubito y/o radio c/s osteosintesis c/s yeso |
| Pseudoartrosis, trat. Quir. |
| Biopsia Ósea Quirúrgica |
| Biopsia osea por puncion |
| Biopsia Sinovial o Muscular Quirúrgica |
| Biopsia sinovial o muscular por puncion |
| Biopsia Vertebral por Punción |
| Luxaciones, Luxofracturas, Fracturas, Reducción Cruenta, Osteosíntesis |
| Fracturas Mayores (Columna, Pelvis, Supracondílea, Codo, Epífisis Femorales) |
| Fracturas Medianas (Diáfisis Humeral, Radial, Cubital, Diáfisis Femoral, Tibial, Peroneal, Clavicular, Platillos Tibiales) |
| Luxaciones de Articulaciones Medianas (Hombro, Codo, Rodilla, Tobillo, Muñeca, Tarso y Esternoclavicular) |
| Muñón de Amputación, Regularización de |
| Quistes Sinoviales de Vainas Flexoras, Bursas |
| Tumores o Quistes o Lesiones Pseudoquísticas o Musculares y/o Tendíneas, |
| Tumor Óseo, Resección en Bloque, C/S Osteosíntesis y/o Aparato Inmovilización Postoperatorio |
| Osteítis, Raspado, C/S Secuestrectomía |
| Osteomielitis Aguda Hematógena, Drenaje Quirúrgico, |
| Osteosíntesis Diafisiaria |
| Osteosíntesis Epitroclea-Epicóndilo |
| Osteosíntesis Olécranon U Osteosíntesis de Cúpula Radial |
| Osteosíntesis Metacarpianas o de Falanges, Cualquier Técnica |
| Osteosíntesis Tibio-Peroné |
| Contractura Dupuytren, Trat. Quir., |
| Dedos en Gatillo, Trat. Quir., |
| Traslocación Nervio Cubital (Proc. Aut.) |
| Transposiciones Tendinosas Flexoras o Extensoras |
| Tenorrafia o Injertos Flexores |
| Tenorrafia Extensores |
| Endoprótesis Parcial/Total de caderas, hombro, muñeca, rodilla, C/S Cementación |
| Ortejos en Garra, Trat. Quir., |
| Ortejos, Amputación, Uno o Más |
| Mal Perforante Plantar, Trat. Quir |
| Ruptura Manguito Rotadores, Trat. Quir. C/S Acromiectomía |
| Ruptura Tendón de Aquiles o Tibial Posterior, Tenorrafia Primaria y/o Transposiciones Tendinosas |
| Pié Bot U Otras Malformaciones Congénitas, Trat. Quir. |
| Retiro de Placas Rectas o Anguladas |
| Retiro de Tornillos, Clavos, Agujas de Osteosíntesis o Similares |
| Artrodesis de codo, muneca, hombro, cadera,rodilla, tobillo, sacroiliaca, mano, pie |
| Astragalo vertical, trat. Quir. |
| Artrotomia hombro o cadera u otras articulaciones. |
| Colgajo cruzado de pierna |
| Sesamoídeos, Extirpación de Uno o Más del Mismo Pié |
| Transposiciones Musculares |
| Epifisiolisis lenta o aguda, trat. Quir. |
| Contractura isquem. De volkmann: descenso muscular, neurolisis |
| Contusion compresion grave, trat. Quir. Incluye incisiones liberadoras y/o fasciotomia y/o escarectomia y/o injertos piel inmediatos y sintesis percutanea |
| Cupula radial, reseccion |
| Diastasis pubiana, trat. Quir. |
| Disfuncion patelofemoral, realineamiento |
| Epicondilitis, trat. Quir. (cualquier tecnica) |
| Epifisiodesis (femur y/o tibia) |
| Epineurorrafia microquirurgica con magnificacion cualquier tronco nervioso (con excepcion nervios digitales) |
| Esguince grave, Capsuloligamentoso |
| Espolon calcaneo, trat. Quir. |
| Espondilodiscitis vertebral (tbc u otra), trat. Quir. Del foco, c/s artrodesis |
| Estiloides cubital, reseccion de |
| Exostosis u osteocondroma, trat. Quir. |
| Extirpación metáfisis distal del cúbito y artrodesis radiocubital inferior |
| Fasciotomia plantar (proc. Aut.) |
| Fasciotomia por sindrome compartamental |
| Fijacion de escapula |
| Flegmon mano, trat. Quir. |
| Hallux valgus o rigidus, trat.quir. Completo |
| Huesos supernumerarios, extirpacion, uno o mas del mismo lado |
| Humero Pseudoartrosis c/s osteosíntesis |
| Implante silastic o similares (escafoides, semilunar) |
| Inestabilidad cronica de rodilla, reconstruccion capsuloligamentosa |
| Infecciones Articulares, trat. Quir. |
| Injerto esponjoso metafisiario |
| Mano reumática en ráfaga: traslocaciones tendinosas, plastías capsulares, tenotomías, inmovilización postoperatoria, implant. silastic |
| Meniscectomia quirurgica |
| Neuroma de morton, trat. Quir. |
| Operación de salvataje radio-procúbito |
| Osteocondrosis o epifisitis, trat. Quir. |
| Osteotomias |
| Panadizo, trat. Quir. |
| Perone protibia |
| Pie cavo, trat. Quir. (cualquier tecnica) |
| Pie plano, trat. Quir. (cualquier tecnica) |
| Pie reumatoideo, trat. Quir. Completo |
| Pulgarización dedo (índice o anular) |
| Quiste popliteo, trat. Quir. |
| Reconstruccion aparato extensor |
| Reparacion flexores: primer tiempo espaciador silastic |
| Reparacion quirurgica ligamentos colaterales y/o cruzados |
| Resección Cúpula radial |
| Reseccion del coxis |
| Retiro de endoprotesis u osteosintesis internas articulares o de columna vertebral |
| Ruptura y/o hernia muscular, trat. Quir. |
| Rupturas cerradas capsuloligament. O tendinosas, trat. Quir. |
| Síndrome Del Túnel Del Carpo O Del Tarso U Otro, Trat. Quir. |
| Sinovectomias quirurgicas |
| Sutura nervio(s) digital(es); microcirugia |
| Tendovaginosis de de quervain, trat. Quir. |
| Tenorrafia extensores o tenotomia de alargamiento de tendon de aquiles |
| Tenosinovitis septica, trat. Quir. |
| Tenotomia aductores c/s botas, con yugo |
| Tracción halocraneana o estribo-craneana |
| Traccion halocraneofemoral |
| Traccion transesqueletica o de partes blandas en adultos o en ninos (proc. Aut.) |
| Transposición cubital, repar. De |
| Tratamiento completo de fracturas expuestas |
| Tratamiento funcional con técnica de Sarmiento y similares |
| Trocanteroplastias |
| Cirugía General | Adenitis, trat. Quir. |
| Axilosupraclavicular |
|  | Biopsia quir. Ganglionar (cualquier region periferica superficial o profunda) (proc. Aut.) |
|  |  | Cervicotoracica |
| Heridas traumaticas, trat. Quir. |
| Inguinoescrotales |
| Lleoinguinal |
| Lumboaorticos |
| Pleurodesis por toracotomia |
| Pleurotomia unica o doble c/s biopsia con trocar |
| Toracotomia minima c/s reseccion costal, c/s biopsia, c/s drenaje |
| Cirugía Infantil | Abceso parotideo submaxilar, trat quirurgico |
| Abscesos, quistes, pseudoquistes o similares, trat. Quir. |
| Adenitis, trat. Quir. |
| Anastomosis de los ureteres |
| Apendicectomia y/o dren. Absceso apendicular (proc. Aut.) |
| Axilosupraclavicular |
| Biopsia quir. Ganglionar (cualquier region periferica superficial o profunda) (proc. Aut.) |
| Biopsia quirurgica piel y mucosa de cara |
| Cervicotoracica |
| Cicatrices |
| Circuncision |
| Cistectomia parcial y/o trat. Quir. De diverticulo vesical |
| Cistoplastia, proc. Completo |
| Cistorrafia, proc. Completo |
| Cistostomia c/s extraccion de cuerpo extrano o calculo |
| Colecistectomia por videolaparoscopia, |
| Colecistostomia (proc. Aut.) |
| Colectomia parcial/total o hemicolectomia |
| Colgajos |
| Colostomia |
| Descenso testiculo |
| Diverticulo de meckel, trat. Quir. |
| Enteroenteroanastomosis o enterocoloanastomosis (proc. Aut.) |
| Enterotomia o enterostomia |
| Escroto, plastia de, proc. Completo |
| Extirpación sublingual |
| Fistula vesicocutanea, y/o vaginal, y/o intest., trat. Quir. |
| Flegmon urinoso, drenaje y cistostomia |
| Gastropexia y/u otra cirugia antirreflujo, c/s vagotomia |
| Ginecomastia, correccion plastica |
| Hernia incisional o evisceracion postop. Sin reseccion intestinal |
| Hidatidectomia unilat. C/s eversion de la vaginal (proc. Aut.) |
| Hidrocele y/o hematocele, trat. Quir. |
| Hipospadia distal o plastia de uretra |
| Hipospadia proximal, trat. Quir. |
| Implante de silicona facial (cualquier zona) |
| Inguinoescrotales |
| Invaginacion intestinal, trat. Quir. |
| Laparotomia exploradora, c/s liberacion de adherencias, c/s drenaje, c/s |
| Lesiones del cuello vesical, trat. Quir. |
| Lipectomia abdominal c/s transplante de ombligo |
| Litiasis renal, trat. Quir. |
| Lleoinguinal |
| Lleostomia terminal o en asa (proc. Aut.) |
| Lobulo auricular partido, correccion plastica |
| Meatotomia hombre y/o seccion frenillo y/o incision dorsal, (proc.aut.) |
| Mucocele o quiste labial |
| Nefrectomia parcial y/o cirugia de traumatismo renal |
| Nefrostomia, nefropexia y/o nefrotomia por litiasis, biopsias u otras |
| Nefroureterectomia |
| Oclusion intestinal con reseccion |
| Orquidectomia un lado |
| Orquidopexia un lado |
| Parotidectomía parcial |
| Perforacion y/o herida de intestino, unica o multiple, trat.quir. (proc. Aut.) |
| Peritonitis difusa aguda, trat. Quir. |
| Persistencia conducto onfalomesenterico, |
| Polidactilia, extirpacion y plastia un lado |
| Protesis testicular, (proc. Aut.) |
| PUNCIÓN EVACUADORA DE QUISTE TIROIDEO c/s TOMA DE MUESTRA |
| Quiste uraco, trat. Quir. |
| Quiste y/o tumor del mesenterio y/o epiplones, unico y/o multiple, trat. Quir. |
| Quistectomia simple |
| Quistes del cordon, y/o epididimo, extirpacion; epididimotomia diagnostica y/o terapeutica (proc. Aut.) |
| Quistes o fistulas del conducto tirogloso, y/o branquial |
| Reconstitucion transito post operacion de hartmann o sim. |
| Reseccion de costillas y/o pared costal y/o cartilago y/o esternon s/plastia (proc. Aut.) |
| Reseccion de intestino y enteroanastomosis |
| Reseccion intestinal con ostomias proximal y distal |
| Tiroidectomia Bilateral /Ampliada Tot./Parcial |
| Torsion del cordon, trat. Quir |
| Torticolís congénita, tratamiento quirúrgico |
| Varicocele unilateral, trat. Quir. |
|  |  | Proceso Apoyo Diagnóstico de Procedimientos | Procedimientos  Gineco-Obstétricos | Examen de Amniocentesis, |
| Amnioscopía |
| Biopsia Endometrio, Vulva, Vagina, Cuello |
| Colocación o Extracción de Dispositivo Intrauterino |
| Colposcopia |
| Culdocentesis (puncion del douglas) |
| Electrodiatermo o Criocoagulación de Lesiones del Cuello |
| Histeroscopía Diagnostica o Terapéutica |
| Hidrotubación |
| Puncion evacuadora de quistes mamarios, c/s toma de muestras, |
| Procedimientos de Oftalmología | Campo visual |
| Curva de Tensión |
| Ecobiometría |
| Ecografía ocular |
| Estudio de Estrabismo |
| Fondo de ojo |
| Sesión ortóptica |
| Retinografia |
| Fotocoagulación |
| Iridotomia |
| Procedimientos de Otorrinolaringología | Examen Médico de Audiometría. |
| Impediansometrías |
| Procedimientos Broncopulmonar | Espirometría |
| Test de provocación con ejercicio |
| Test de Marcha |
| Test de Metacolina |
| Test Cutáneo |
| Test de Sacarina |
| Procedimientos de Dermatología | Extracción de cuerpo extraño |
| Lesiones supuradas |
| Onosectomía |
| Extracción de verruga plantar |
| Procedimientos Neurológicos | Examen de Electroencefalograma Simple |
| EEG Estándar y/o Activado sin privación de sueño |
| EEG Estándar y/o Activado sin privación de sueño, con video |
| Electromiografia, PSS, Potenciales Evocados |
| Procedimientos de Endoscopia | Cistoscopía |
| Endoscopía Alta |
| Colonoscopía |
| Rectoscopía |
| Fibrobroncospocía |
| Procedimientos de Cardiología. | Colocacion de sonda marcapaso transitorio |
| E.C.G. de Reposo |
| Ergometría (Test de esfuerzo) |
| E.C.G. Continuo (Test Holter o Similares) |
| Ecocardiograma Doppler Color |
|  |  |  |  |  |

# VI. Bibliografía

1. Plan Estratégico 2006-2010 Hospital San Martin de Quillota. Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Ministerio de Salud
2. Modelo de Gestión Actual, Estudio Preinversional Hospital San Martín de Quillota, Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Viña del Mar, Junio 2006
3. Modelo de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Gestión de La Red Asistencial
4. Guía Metodológica Estudios de Red Asistencial, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud 1997
5. Guía Metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial Ministerio de Salud 2002
6. “Evaluación de la Gestión Clínica y Categorización de los Egresos Clínicos” Complejo Hospitalario Salvador Infante (versión 2) Aplicación del sistema Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD. EU Evelyn Villalón, 2005.
7. Estudio del Mercado del Trabajo, División de Planificación Estratégica, Ministerio de Salud 1996
8. Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors. Michael E. Porter, 1980.
9. EPH Complejo Asistencial de la Red Sur, 2006
10. EPH Complejo Hospitalario Salvador Infante, 2005
11. EPH Hospital Dr. Gustavo Fricke

1. Este trabajo es parte del contrato de Licitación Nº 2026-74-LE07 [↑](#footnote-ref-1)
2. En documento Modelo de Organización y Gestión de la Red del SSVQ se presenta de manera detallada una descripción de la organización y funcionamiento de la red. [↑](#footnote-ref-2)
3. En Laboratorio Clínico desde el 1º de Mayo del 2008 se cuenta con 4º turno de Tecnólogo Médico. [↑](#footnote-ref-3)
4. Se utiliza la categorización C1, C2, C3, C4 y C5 según recomendación MINSAL. Para mayores antecedentes de estos procedimientos consultar documentación MINSAL. [↑](#footnote-ref-4)
5. Se cuenta con enfermera exclusiva de Lunes a Viernes de 10 a 19 hrs. (jornada de 44 hrs. de EU). Después de esa hora quedan las dos EU de la UEH quienes se reparten entre categorización y atención a los pacientes dentro de la Unidad. [↑](#footnote-ref-5)
6. En cada turno hay un internista, un cirujano y un pediatra. En el horario hábil un 60 % de los turnos tiene además la presencia de los médicos Liberados de Guardia (art. 44). En la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica que funciona independientemente , queda un obstetra de turno permanente [↑](#footnote-ref-6)
7. Los datos numéricos están referidos al diagnóstico sanitario y de producción [↑](#footnote-ref-7)
8. Es indispensable que al trasladar los pacientes entre diversas unidades no se pierda la calidad de la información de la condición clínica, cuidados recibidos, etc. [↑](#footnote-ref-8)
9. La literatura internacional indica que las intervenciones clínicas son una importante fuente de riesgo para los pacientes. En particular es recomendable manejar con criterio de gestión de calidad el trabajo en UPC; Pabellones y Gestión de Enfermería; ya que representan las Unidades y estamentos más expuestos a estas situaciones. [↑](#footnote-ref-9)
10. Lo relevante en esta materia es que los problemas contenidos en el GES-AUGE, dispondrán de recursos específicos para su atención, lo que permite disminuir el riesgo en la planificación de los recursos que se asocian a ellos. [↑](#footnote-ref-10)
11. Resumen del documento en anexo [↑](#footnote-ref-11)
12. Este capítulo ha sido extraído del documento “Modelo de Organización y Gestión de la Red del SSVQ”, Sept. 2007. [↑](#footnote-ref-12)
13. Este es un modelo que debe ser desarrollado por los diversos grupos quirúrgicos de la red, permitiendo la movilidad de los pacientes y recursos especializados. [↑](#footnote-ref-13)
14. Deglución, Audición, Voz, Visión [↑](#footnote-ref-14)
15. Considera establecer programas que integren dos o más de las prestaciones descritas [↑](#footnote-ref-15)
16. Salvo Subunidad Beta HCG. [↑](#footnote-ref-16)
17. Salvo Proteína C Reactiva x nefelometría o turbidimetría [↑](#footnote-ref-17)
18. Servicio de Salud Metropolitano Oriente – Hospital del Salvador [↑](#footnote-ref-18)
19. Propuesta desarrollada por la Unidad de Recursos Físicos y Abastecimiento, Sección de Proyectos y Asistencia Técnica [↑](#footnote-ref-19)
20. Propuesta desarrollada por la Unidad de Recursos Físicos y Abastecimiento, Sección de Proyectos y Asistencia Técnica [↑](#footnote-ref-20)
21. Propuesta elaborada por Subdirección de RRHH [↑](#footnote-ref-21)
22. Propuesta elaborada por la Unidad de Recursos Financieros del SSVQ [↑](#footnote-ref-22)
23. Propuesta elaborada por Unidad Informática [↑](#footnote-ref-23)
24. Propuesta desarrollada por la Unidad de Recursos Físicos y Abastecimiento, Sección de Proyectos y Asistencia Técnica [↑](#footnote-ref-24)