

Aplicaciones informáticas para el apoyo de la gestión clínica y administrativa en la salud pública

SAN MARTÍN HERNÁNDEZ, LUIS⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud pública surgen debilidades desde el punto de vista de la gestión, debido a la escasa utilización de aplicaciones informáticas, lo que conlleva a los establecimientos de salud pública a incorporar estas nuevas tecnologías con el fin de optimizar procesos. En esta línea de análisis es que se plantean 3 soluciones informática ya implementadas en un hospital tipo 1, en este caso el Hospital Clínico Herminda Martín.

OBJETIVOS

Mostrar el impacto de la implementación de aplicaciones informáticas en servicios clínicos y áreas administrativas.

METODOLOGÍA

El Hospital Clínico Herminda Martín dentro de su planificación estratégica, hace algún tiempo se propuso como meta mejorar los procesos de gestión, para lo cual puso en marcha proyectos que iban en esa dirección.

Sistema Llavecita (Gerencial)

Un sistema informático cuyo punto de partida fue llevar un control adecuado de los gastos del hospital pero que, con el tiempo, fue agregando más y más variables de análisis, lo que lo convirtió en la actualidad en un sistema gerencial y de apoyo a la gestión.

Sistema Costeo ABC

Sistema de información de gestión con co-

nexión directa con el sistema llavecita (integración). Tal como lo señala el nombre este sistema está enfocado en la metodología de gestión llamada Costeo ABC, cuyo fin es incorporar todos los costos indirectos a las prestaciones finales y obtener así un costo más cercano a la realidad de los mismos.

Sistema de Pabellón

Sistema que tiene por finalidad mejorar la gestión clínica y administrativa del proceso de intervenciones quirúrgicas, que permiten usar de forma más eficiente el recurso hora quirófano por medio de una herramienta de programación y control de estos recursos, llevando a generar un aumento del 20% de las cirugías programadas por estos efectos

RESULTADOS

La implementación de estos sistemas ha redundado en una clara mejora en la gestión integral del hospital, identificando procesos críticos e implementando mejoras para los mismos, llevar un mejor control de los costos, mejorar la programación de pabellones quirúrgicos, entre otros.

CONCLUSIONES

El impacto de éstas u otras aplicaciones informáticas desarrolladas en el futuro estará siempre supeditado a cómo el personal las lleve a cabo y a cómo el equipo directivo motive a sus trabajadores con el fin de obtener los resultados esperados.

Palabras clave: Gestión, sistema, salud.

⁽¹⁾ Hospital de Chillán. luis.sanmartin@redsalud.gov.cl

Caracterización y análisis de lista de espera odontológica

VÉLIZ RAMÍREZ, ANDREA⁽¹⁾; STEPHENS ARRIAGADA, GLORIA⁽¹⁾ y TOBAR CAMPOS, RODRIGO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

La lista de espera (LE) se define como el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica, procedimiento de atención especializada e intervención quirúrgica programada por un profesional autorizado por la red, la obtención y caracterización de la lista de espera es la base para determinar el diagnóstico de nuestras brechas de atención en salud, y la herramienta para proyectar estrategias que reduzcan estas desigualdades. Desde el plan de 90 días, el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) ha mantenido un registro nominado de las personas que se encuentran en lista de espera prolongada tanto en consulta de especialidad como en intervenciones quirúrgicas. Este plan de acción implementado en las especialidades médicas se ha extendido en el área odontológica trabajando en la elaboración de un diagnóstico de lista de espera odontológica, nominación de personas en lista de espera, establecimiento de un corte numérico trimestral realizado por los establecimientos de atención primaria (APS e incorporación de la Red de Salud Bucal en las Normas de Referencia y Contrarreferencia para la Red del SSMS).

OBJETIVOS

Caracterizar y actualizar lista de espera odontológica del SSMS 2010, determinar la oferta y demanda y brecha de atención para la elaboración de un plan de gestión clínica de la LE odontológica.

METODOLOGÍA

Consolidado del conteo de las interconsultas (IC) que poseen en el físico los 31 establecimientos de APS del SSMS que al 1 de marzo de 2010 contaban con atención dental, diferenciando los tiempos de espera mayor y menor a 120 días. Se realizó un análisis de la lista de espera en relación a la oferta y demanda, tasa de derivación, composición porcentual por especialidad y antigüedad. Se consideró una población inscrita de 931.318 habitantes.

RESULTADOS

La demanda de la lista de espera dental correspondió a un total de 9.495 interconsultas, versus una oferta promedio de 682 cupos de atención para las nueve especialidades odontológicas que se encuentran en la cartera de servicios del Hospital Barros Luco, en relación a la tasa de derivación el promedio del Servicio fue de 10,2 IC por cada 1.000 inscritos. De acuerdo a su composición la mayor demanda corresponde a la especialidad de prótesis removible (43%), endodoncia y periodoncia (16% cada una) y el resto de las especialidades en porcentajes menores al 7%. Según antigüedad, el 30% son IC emitidas en un periodo menor a 120 días y de estas el 35 % pertenecen a prótesis removible.

CONCLUSIONES

Existe un gran brecha entre la oferta de cupos para especialidades odontológicas en relación a la necesidad expresada. La brecha

⁽¹⁾ Servicio de Salud Metropolitano Sur. andrea.evelyn@live.cl

existente plantea un trabajo articulado entre las macro y microrredes; reestructuración y fortalecimiento de las mini redes locales; generar comités de gestión de lista de espera en los distintos niveles de atención; trabajo de limpieza de lista de espera; identificación de la utiliza-

ción del recurso de especialistas y recurso físico, e incrementar los programas en APS de resolución de especialidades y atención integral de mujeres y hombres de escasos recursos.

Palabras clave: Lista de espera.

Desarrollo implementación y puesta en marcha de software de gestión integral de camas hospitalarias

IBARRA ÁVILA, PABLO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Gestionar hospitales bajo el modelo de autogestión, conlleva aplicar lineamientos que se focalizan en el uso eficiente de los recursos, con carteras de servicios establecidas tanto en tipo como cantidad. El recurso basal del hospital es la cama, que de estar utilizada con efectividad, debe posibilitar que los pacientes estén el menor tiempo utilizándola, tiempo que debe ser suficiente para que se completen las actividades asistenciales que requiere la patología. Para esto es necesaria la cohesión de diversas entidades y procesos intra y extra hospitalarios, los cuales deben estar apoyados por plataformas de sistemas informáticos que contribuyan a tomar decisiones clínico/administrativas oportunas, velando por óptimo uso de los recursos.

OBJETIVOS

Desarrollar una plataforma de software que soporte la gestión de camas que incluya las funciones de Hospitalización, traslado y egreso; monitoreo en línea de utilización de

camas por servicio, sala, indicadores de atención; monitoreo en línea de diagnósticos; categorización de riesgo dependencia; consumo de prestaciones de pabellón, imágenes, laboratorio, fármacos e insumos; visualización de resultados de exámenes, historial de atenciones; listas de espera por servicio y patología; gestión de historias clínicas, y costeo del día cama, entre otros. En resumen, todas las herramientas necesarias a fin de que el equipo clínico administrativo gestione el recurso cama.

METODOLOGÍA

Se realizó el desarrollo con ingenieros programadores propios, rescatando buenas experiencias de otras instituciones. Se incluyó a médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, equipo directivo y a todo funcionario que se relacionaría con el uso. La plataforma es web y, por tanto, puede ser utilizada desde cualquier lugar con conexión a la red. Para apoyar el uso de la plataforma, se incorporó como compromiso de gestión de los diferentes servicios clínicos (centros de responsabilidad). La implementación fue por etapas entre agosto 2009

⁽¹⁾ Hospital Dr. Juan Noé de Arica. pablo.ibarra@hjnc.cl

y marzo 2010, quedando en explotación desplegado en todo el hospital desde abril 2010. Mensualmente sumamos funcionalidades las que deben concluir en septiembre 2011 con la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Todos los servicios clínicos utilizan la plataforma y pueden gestionar en línea las altas de los pacientes apoyados por la categorización riesgo dependencia que semaforiza los pacientes en el sistema.

Están utilizándose todas las funcionalidades descritas, hecho que proporciona información oportuna a los jefes de servicios, y equipo directivo para orientar las actividades del hospital.

Se ha logrado disminuir el promedio días de estada de 5.0 días a 4.2, proporcionando 581 egresos adicionales en los últimos 6 meses.

Ha bajado el consumo de fármacos e insumos en 36,54 millones en los últimos 6 meses. (Todo queda cargado a cuentas corrientes de pacientes individuales).

Las estadísticas REM, están en línea con sección estadísticas.

Se eliminaron procesos manuales que permiten focalizar la tarea en ámbitos clínicos.

CONCLUSIONES

Hay un antes y un después del sistema, pasamos de un soporte a la actividad clínica basado en papeles y flujos burocráticos a tener la actividad en línea con toma de decisiones oportunas aun quedando bastante margen para potenciar la aplicación. Todo, con recursos propios sin gastar millones en paquetes de software que no siempre se ajustan a lo requerido.

Palabras clave: Sistema de Gestión de Camas.

Descongestión de hospitales en zonas de catástrofe: modelamiento para Concepción y Talcahuano

INFANTE BARROS, ANTONIO⁽¹⁾ y PINTO CANDIA, CARLOS⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

La realidad hospitalaria chilena se caracteriza por servicios de urgencia al borde del colapso, inundados de consultas no pertinentes y responsables del 70 a 80% de los ingresos de hospitalización.

Una catástrofe obliga a optimizar el uso del hospital por la eventualidad de un aumento en la incidencia de casos complejos o por tener

que asumir atenciones de lugares con infraestructura dañada. Eso requiere descongestionar las puertas de entrada tanto en urgencias como en consultas de especialidades.

OBJETIVOS

Optimizar el modelo de atención en Concepción y Talcahuano para descongestionar los hospitales Grant Benavente e Higuera en sus

⁽¹⁾ Salud y Futuro UNAB. ainfantebarros@gmail.com

servicios de urgencia y consultorios de especialidades.

METODOLOGÍA

Análisis de la accesibilidad, flujos, capacidad de retención y uso del hospital de la APS en las comunas usuarias del Grant Benavente e Higueras.

Selección de la comuna con las mejores prácticas en acceso a la atención de salud y uso de la urgencia hospitalaria y aplicación de ese modelo a las restantes.

Modelamiento de un aumento de capacidad resolutive de especialidades con protocolización de las derivaciones.

RESULTADOS

Al analizar el comportamiento de la APS en las comunas usuarias del Grant Benavente e Higueras se encontró que San Pedro de la Paz cumplía con criterios de buena accesibilidad (3.7 consultas habitante- año, igual al del sistema Isapre) y bajo uso relativo del servicio de urgencia del Grant Benavente (20% de las consultas de urgencia). Su particularidad, contar con Sapu corto en todos los centros de salud.

Se aplicó ese patrón al resto de las comunas: alcanzar 3.7 consultas habitante año; contar con Sapu en todos los centros de salud y dar el 80% de las consultas de urgencia. Con esas medidas cae a la mitad la consulta al servicio de urgencia de los hospitales en estudio.

En el ámbito de especialidades se modeló una consejería por becados de tercer año 2 horas cada 15 días a todos los centros de salud en especialidades básicas y traumatología, con protocolización de derivaciones. Al especialista llega un paciente con exámenes y procedimientos de apoyo ya realizados. Con la mayor resolutive y disminución de consultas por especialista se logra aumentar su oferta entre un 30 y 50%.

CONCLUSIONES

Dotar de Sapu corto a todos los consultorios permite reducir a la mitad la consulta a los servicios de urgencia de los hospitales complejos. Esta medida probablemente repercutirá además en el número de hospitalizaciones y mejor uso de las camas.

La consejería por becados de tercer año y la consiguiente protocolización de derivaciones aumenta entre un 30 y 50% la disponibilidad de especialistas con el impacto consiguiente en tiempos de espera de los pacientes.

Con dos medidas de gran costo efectividad se lograría una importante descongestión de dos hospitales complejos, contribuyendo a mejorar el desempeño de ellos tanto en su servicio de urgencia como en hospitalizaciones, estadía promedio, resolutive de su consultorio de especialidades y disminución de compra a privados.

Palabras clave: Descongestión hospitalaria, Sapu, protocolización derivaciones.

Elaboración de normas de referencia y contrarreferencia: red de salud del Servicio Metropolitano Sur

STEPHENS ARRIAGADA, GLORIA⁽¹⁾; TOBAR CAMPOS, RODRIGO⁽¹⁾; ILABACA MENDOZA, JUAN⁽²⁾ y VÉLIZ RAMÍREZ, ANDREA⁽³⁾

INTRODUCCIÓN

El proceso de referencia y contrarreferencia incide directamente en la accesibilidad, oportunidad y eficiencia del proceso asistencial, de modo que permite mejorar la calidad de las prestaciones en salud. En la literatura se reportan variadas experiencias a nivel mundial de la utilidad de esta estrategia asociada a un sistema de priorización de listas de espera.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) es una red asistencial compleja compuesta por 2 hospitales de alta complejidad, 4 de mediana complejidad, más un hospital privado en convenio, 33 consultorios de atención primaria de salud (APS) de los cuales 20 son centros de salud familiar y una población inscrita de aproximadamente 930.000 personas. En este sentido, la elaboración de pautas de referencia y contrarreferencia para la Red de Salud responde a la necesidad de incorporar herramientas que proporcionen una guía tanto en el accionar clínico como administrativo para mejorar continuidad de la atención.

OBJETIVOS

Asegurar una referencia adecuada y oportuna, optimizando el uso de los recursos instalados en cada nivel de atención, además de establecer un sistema de contrarreferencia para mejorar la comunicación entre éstos.

METODOLOGÍA

Se confeccionó una guía con amplia distribución a los distintos actores de la red asistencial, donde la Dirección del SSMS convocó a referentes técnicos de 4 hospitales para la elaboración y actualización de las Normas de Referencia y Contrarreferencia, incluyendo los aspectos clínicos y administrativos de ésta.

RESULTADOS

Participaron representantes del Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital Exequiel González Cortés, Hospital El Pino y Hospital San Luis de Buin, los que concentran la mayor demanda del SSMS. Este equipo liderado por el Departamento Técnico en Salud de la Dirección del SSMS, confeccionó un manual que incluye los criterios de derivación biomédicos para 17 especialidades pediátricas, 13 especialidades de adulto y 8 especialidades dentales, cartera de servicios de APS y programas específicos que se encuentran presentes en ese nivel, descripción de la redes específicas de derivación (salud mental, rehabilitación y salud bucal), normas administrativas para la derivación desde APS para patologías Auge y No Auge, y las disposiciones ministeriales vigentes sobre las Macro©\Redes en las que se inserta el SSMS para la resolución de problemas de salud a nivel nacional. El documento

⁽¹⁾ Servicio de Salud Metropolitano Sur. gloria.stephens@redsalud.gov.cl

⁽²⁾ Jefe Departamento Técnico en Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur.

⁽³⁾ Asesor Odontológico Servicio de Salud Metropolitano Sur.

fue difundido en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), en formato digital, a todos los establecimientos del SSMS. Se acordó actualizar periódicamente el documento e incluir las especialidades y establecimientos faltantes.

CONCLUSIONES

El proceso de elaboración del manual permitió consolidar la relación de los hospitales

participantes con beneficios claros en términos de la articulación de la red asistencial. Por otro lado, el abordaje de la normativa administrativa dio un soporte que no se había explicitado previamente para la derivación de pacientes, el cual logra aunar los criterios clínicos con los administrativos mejorando la pertinencia y oportunidad de la derivación.

Palabras clave: Red, referencia y contra-referencia.

Estrategias de impacto en la patología biliar para la disminución del cáncer de vesícula

VALENZUELA CID, CARMEN GLORIA⁽¹⁾; AVENDAÑO PARRA, PATRICIO⁽¹⁾; QUINTANA MEJÍAS, ANNY⁽²⁾; GARCÍA, CLAUDIA⁽²⁾; TORO, SANDRA⁽²⁾; IRRIBARRA, M^a EUGENIA⁽²⁾ y BEROIZA, GUILLERMO⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que la presencia de coledoclitiasis es el principal factor de riesgo en mujeres que desarrollan cáncer (C.A.) de vesícula. Este, es una de las principales causas de muerte en la mujer chilena. El 20% de los pacientes nunca ha tenido síntomas.

OBJETIVOS

Implementar en la red asistencial un modelo de pesquisa precoz de coledoclitiasis a través del Examen de Medicina Preventiva (EMP) modificado en mujeres con factores de riesgo aplicando luego un protocolo de exámenes consistentes en ecografía de screening por médicos de atención primaria (APS), creando un nexo directo con evaluaciones pre anestésicas

a nivel secundario y accediendo oportunamente a un comité quirúrgico para resolución final.

METODOLOGÍA

Se realizará una estrategia de intervención innovadora que permita detectar oportunamente riesgos en mujeres de nuestra población, permitiendo una cirugía electiva evitando complicaciones futuras.

RESULTADOS

La finalidad de este modelo es implementar un piloto entre el Hospital de Nacimiento (APS) y el Hospital Base de Los Ángeles. A la fecha contamos con un médico capacitado por radiólogos en el manejo básico y general de

⁽¹⁾ Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles. carmen.valenzuela@ssbiobio.cl

⁽²⁾ Dirección Servicio de Salud BioBio.

ciertos parámetros ecográficos. Se modificó el EMP agregando riesgos medidos por el GES. La unidad de radiología del Hospital Base de Los Ángeles estableció parámetros de calidad para los resultados que sean entregados por una compra de servicio otorgando de esta forma herramientas a la APS. Se ha validado la toma de exámenes sanguíneos y electrocardiográficos a nivel de APS. Se creó a nivel de atención ambulatoria de especialidades, la Unidad de Evaluación Preanestésica a cargo de un médico anestesista y un enfermero. Esta unidad recibe en la actualidad evaluaciones de distintas especialidades quirúrgicas teniendo a la fecha más de 2.500 pacientes evaluados con un porcentaje de 60 % ya intervenido. Se ha

creado un comité quirúrgico el cual recepcionará cada caso otorgando prioridades y definiendo plazos concretos.

CONCLUSIONES

Es un modelo ambicioso pero absolutamente aplicable que demanda un alto nivel de coordinación entre APS, atención ambulatoria de especialidades y Hospital; requiere de un trabajo multidisciplinario con gran colaboración e integración de Some, pabellones, servicios de cirugía, laboratorios, etc.

Palabras clave: Cáncer de vesícula, colelitiasis, prevención.

Hospital San José de Maipo en campaña de invierno. Respuesta de una red de salud

NAVARRO VÉLIZ, ORLANDO⁽¹⁾; VEGA SANTIBÁÑEZ, EDITH⁽¹⁾; CASTILLO DÍAZ, ANDREA⁽¹⁾ y NÚÑEZ HERNÁNDEZ, ROXANA⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

El complejo hospitalario San José de Maipo es un establecimiento de 241 camas de mediana complejidad, dependiente del SSMSO, que ha desarrollado una cartera de servicios complementarios a los demás establecimientos en atención cerrada, además de desarrollar las actividades propias de un hospital comunitario para 5.719 inscritos aproximadamente de la comuna. Durante los meses de invierno reconvierte parte importante de las camas a atención pediátrica general para afrontar dicho periodo.

OBJETIVOS

Describir la estrategia de reconversión de camas del establecimiento y delinear el impacto de la misma en la Red de salud a la cual pertenece.

METODOLOGÍA

Reporte de la experiencia preliminar del año 2010 mediante la revisión del registro clínico y estadístico del Some.

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario San José de Maipú. orlando.navarro@gmail.com

RESULTADOS

Se planifica una campaña de invierno infantil con la reconversión inicial de 16 camas de adulto en el hospital comunitario del CHSJM, poniendo a disposición de la Red SSMSO, 20 camas básicas de pediatría a partir del 8 de junio del 2010, las que progresivamente, y en relación a la demanda, se amplían hasta llegar en el primer peak epidemiológico de la presente campaña a 74 camas básicas pediátricas, todas atendidas por médicos generales bajo la supervisión de un pediatra 22 horas en comisión de servicios desde el CASR, generando a la fecha (27 de julio) aproximadamente 400 egresos. Dicha cantidad de camas corresponde a un 29,71% de la capacidad de camas de la Red SSMSO (249). El perfil se establece mediante un protocolo de ingreso que básicamente incluye la recomendación de trasladar a pacientes mayores de 3 meses, sin genopatía ni otras comorbilidades severas, tiempo de observación mayor de 6 horas y bajos requerimientos de O₂ (máximo 3 litros por bigotera). Se calculó un gasto extra RRHH de \$40.000.000 aproximadamente para los 3 meses planificados

CONCLUSIONES

El CHSJM se ha caracterizado por la flexibilidad de su cartera de servicios, logrando en ese contexto reconvertir los recursos humanos y materiales en un producto de crucial importancia para el buen desarrollo de la campaña de invierno. Se puede inferir una sustancial contención de gastos respecto a la compra de dicho servicio en el extrasistema con sólo el reforzamiento del RRHH y la compra extra de insumos atingentes, datos que deben ser corroborados con el respectivo análisis financiero una vez terminada la presente campaña. Consideramos importante reportar estas experiencias de trabajo en Red, donde se logran consensuar adecuados estándares de calidad técnica y percibida, seguridad para el paciente, optimización de los recursos, capacidad de gestión y una interesante oferta de camas, resultando ser una alternativa viable a la compra de servicios en el extrasistema en contextos de sobre demanda estacional.

Palabras clave: Red, reconversión, flexibilidad, campaña de invierno.

Método de gestión pago por procedimiento (3P): altamente eficiente para aumentar la productividad

RODRÍGUEZ NAVARRO, ALBERTO⁽¹⁾; WIEDMAIER TEARE, GONZALO⁽¹⁾; MERCADO ARCE, ANDRÉS⁽¹⁾; LUCO CANALES, LORNA⁽¹⁾; GÓMEZ, MARÍA INÉS⁽¹⁾ y BEHNKE GUTIÉRREZ, ERNESTO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

El método de gestión de procedimientos quirúrgicos basado en el pago por procedimien-

to (3P) condiciona los incentivos a la productividad del equipo. Este método ha sido descrito como de alta eficiencia en el uso de recursos, tanto humanos como de las instalaciones.

⁽¹⁾ Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. alrodrigu@med.uchile.cl

OBJETIVOS

Describir la experiencia del Hospital Padre Hurtado en el manejo de listas de espera de patologías quirúrgicas utilizando el método 3P.

METODOLOGÍA

Utilización del método de gestión 3P en listas de espera de cirugía de: colecistectomía videolaparoscópica (CL), hernias abdominales, varices, fistulas arterio venosas y patología prostática benigna. El método se basa en la premisa de recibir incentivos por procedimiento realizado, el cual se distribuye a todo el personal que participa. Estos procedimientos se realizaron fuera del horario diurno de funcionamiento del Hospital, utilizando pabellones que se encontraban sin uso en ese horario. Se midieron número de procedimientos realizados, tiempo de uso de pabellón, tasa de conversión (en cirugía laparoscópica), tiempo de hospitalización y se hizo una encuesta de satisfacción al seguimiento en una muestra de pacientes.

RESULTADOS

Durante enero del 2009 a enero del 2010 se realizaron 1.349 cirugías fuera de horario.

Estas correspondieron a 50% colecistectomía, 35% hernias, 5% hernias incisionales, 3% várices, 4% FAV y 3% de patología prostática. Este aumento del número de cirugías, corresponde aproximadamente a un 30 de la producción diurna electiva anual. El tiempo promedio de uso de pabellón en CL fue de 70 minutos y de 58 minutos en hernia. La tasa de conversión de CL a cirugía abierta fue de 1,1%. El 91% de las cirugías digestivas requirió menos de 24 horas de hospitalización. El seguimiento se logró realizar en 298 pacientes, con un 98% de satisfacción como buena o muy buena.

CONCLUSIONES

El método de gestión 3P es altamente eficiente en aumentar la productividad total del pabellón quirúrgico y así lograr un control de los requerimientos de la población, permitiendo terminar con las listas de espera. Además, optimiza los tiempos de utilización de los recursos físicos, haciéndolo altamente eficiente. Es importante destacar que es un método que se puede implementar en diversas patologías. Presenta una alta satisfacción en los pacientes y es un incentivo importante al personal que trabaja en el sector público.

Palabras Clave: Gestión cirugías.

Proceso dirigido al logro de un plan estratégico. Departamento de Salud Municipal, Angol, año 2009

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, JOSÉ ROLANDO⁽¹⁾ y ZENCOVICH BURDILES, NINOSCKA⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

En gestión de organizaciones de salud, planificar estratégicamente, constituye una herramienta básica, donde se requiere obtener el máximo rendimiento de recursos disponibles y lograr máxima credibilidad del entorno donde la institución se inserta. El caso que nos ocupa, se refiere a la realización de una planificación estratégica: Departamento de Salud Municipal de Angol, asesorado por la Universidad Arturo Prat, sede Victoria, donde se promovió que la institución se proyecte hacia la búsqueda del mejoramiento continuo de procesos de prestación de servicios y administrativos que desarrolla en su interior, satisfaciendo apropiadamente los grandes desafíos que le ha señalado el medio donde se desarrolla. En síntesis, este Departamento de Salud fija como estrategia, una herramienta de gestión (plan de desarrollo estratégico) para el auto análisis del trabajo, toma de decisiones, coordinación en red, calidad en el servicio al cliente y efectividad asistencial-administrativa.

OBJETIVOS

Brindar asesoría conceptual y práctica al recurso humano del Departamento de Salud, a fin de diagnosticar situación actual y proyectar a través de un plan estratégico quinquenal metas en función del logro de objetivos propuestos.

Brindar herramientas necesarias para la creación y concreción del plan estratégico del Departamento de Salud.

METODOLOGÍA

Se trabajó con funcionarios del Departamento de Salud, comuna de Angol, iniciando una exposición por los académicos que guiaron la intervención, sobre elementos básicos para realizar un plan de desarrollo estratégico. Posteriormente, se entregaron lineamientos generales y específicos sobre la salud comunal, mediante una exposición del director del Departamento sobre el diagnóstico de salud, conociendo los principales problemas biosociales de la comunidad angolina. Se trabajó con modalidad de técnicas participativas: lluvias de ideas, trabajo colaborativo, técnicas de diagramación de situación real del Departamento para, posteriormente, interpretar lo diseñado, además se crean grupos de trabajos, incluyendo las categorías de carrera funcionaria, construyendo ideas, criterios, estándares, objetivos y metas, que conllevaron a la realización de informes finales y conclusiones del trabajo. Los recursos utilizados (académicos, materiales, insumos y otros) fueron aportados por la Universidad Arturo Prat, sede Victoria.

RESULTADOS

El producto final de esta intervención fue la creación y concreción de un Plan de Desarrollo Estratégico, en proceso de ejecución, monitoreándose permanentemente, además ha servido de herramienta a los directivos del sector, para materializar políticas de salud, permitiendo tomar decisiones en relación a recursos físicos, materiales y financieros. Asimismo,

⁽¹⁾ Universidad Arturo Prat, sede Victoria. rolando.sanchez@unap.cl

por primera vez se usa en análisis de la dotación de recursos humanos del Departamento. Se trabajó en el diseño de organigrama para dicho Dpto. en proceso de materialización con funciones definidas, contempladas en el trabajo realizado.

CONCLUSIONES

Con la asesoría de la Universidad Arturo Prat, se concreta un plan de desarrollo estratégico del DSM.

El plan diseñado y puesto en marcha, per-

mitió tomar decisiones en ámbitos de recursos humanos.

Por medio de esta herramienta de gestión, se concretan planes de acción para minimizar debilidades y amenazas de la matriz Foda.

Al disponer el DSM de un plan de desarrollo estratégico, le ha permitido continuar una ruta en base a objetivos estratégicos y metas establecidas, traduciendo sus resultados en la materialización de los distintos planes de mejoras puestos en marcha.

Palabras clave: Plan de desarrollo estratégico, departamento de salud.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistasp@med.uchile.cl