

**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile

Orientaciones para el Desarrollo de Proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios de Salud

AGOSTO 2017

Documento metodológico para la implementación de la puesta en marcha de
Hospitales

División de Gestión de la Red Asistencial

CONTENIDO

Presentación	4
Introducción	5
1. Marco de Inversión Pública	6
a) Etapa Pre Inversional: Estudio de Pre Inversión Hospitalaria	7
b) Etapa de Diseño	9
c) Etapa de Ejecución	9
2. Puesta en Marcha	9
2.1. Metodología de Trabajo	10
a) Constitución equipo de Puesta en Marcha	10
b) Visitas a Terreno	10
c) Elaboración de Minutas	11
2.2. Proceso de Puesta en Marcha	11
Diagrama resumen etapas de Puesta en Marcha	12
2.2.1. Etapa Planificación	12
Descripción Etapa de Planificación	13
2.2.2. Etapa de Implementación	14
Descripción de la Implementación	16
2.2.3. Etapa de Habilitación	16
Descripción de la Habilitación	17
2.2.4. Etapa Operación Inicial	17
Descripción de la Operación Inicial	18
2.2.5. Transición a la Operación Normal	19
Descripción de la Operación Normal	19
ANEXOS	22
Anexo N°1. Glosario de términos	22
Anexo N°2. Propuesta temas por ámbito	23
Anexo N°3. Seguimiento mensual Plan de Trabajo Puesta en Marcha	26
Anexo N°4. Consideraciones para el traslado	27
Anexo N°5. Formato para Informe Traslado	29

PRESENTACIÓN

Tenemos el agrado de presentar el documento de “Orientaciones para el Desarrollo de Proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios de Salud”, una guía metodológica para que los equipos logren una implementación exitosa de la Puesta en Marcha en los hospitales de la red asistencial.

La Puesta en Marcha tiene un rol fundamental en el Plan Nacional de Inversiones de Salud, el cual está generando un profundo e histórico cambio en la infraestructura sanitaria, equipamiento clínico, transporte de usuarios/as y recursos humanos en la Red Pública, lo que permitirá mejorar la calidad de la atención de nuestro sistema. Se trata de llevar a cabo una serie de procesos con el objetivo de implementar una nueva generación de hospitales que cambiarán la salud pública del país, con nuevos estándares de calidad, que incluyen eficiencia energética, equipamiento con tecnología de última generación, espacios amigables para humanizar el trato, construcciones antisísmicas, con pertinencia cultural, entre otras características que materializan el derecho a una salud digna y de calidad, que acerca la salud a las personas y la convierte en un derecho desde Arica hasta Puerto Williams.

La elaboración y distribución de este documento es necesaria en función de lo complejo que resultan los procesos de inversiones y de las amplias necesidades que tienen los equipos de salud a la hora de avanzar en cómo llevar a la práctica los procesos de la Puesta en Marcha de los establecimientos.

En este marco y en base a la experiencia adquirida del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, los hospitales de la red y el intersector se ha construido esta guía, con la finalidad de establecer pautas comunes y definiciones consensuadas que permitan enfrentar el tema en conjunto y en forma coordinada.

Para cumplir el propósito de un legado de hospitales funcionando de manera óptima, es necesario articular los esfuerzos, recursos y capacidades en la red de salud, con la comunidad y la sociedad civil organizada, teniendo en cuenta que la construcción de la salud debe ser siempre social.

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica han hecho posible esta primera edición de las “Orientaciones para el Desarrollo de Proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios de Salud”. En forma especial, agradecer a quienes en el día a día han llevado a cabo este proceso con su trabajo y compromiso: los equipos de salud de los Servicios de Salud, los hospitales, las Secretarías Regionales Ministeriales y el equipo Interdivisional de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y Salud Pública.

Entendemos que este esfuerzo no solo cambia la cara y el corazón de la salud pública chilena, sino que construye un mejor país: más equitativo e igualitario. Vaya para todos ustedes este reconocimiento afectuoso.

Un abrazo.

Dra. Gisela Alarcón Rojas
Subsecretaria de Redes Asistenciales

INTRODUCCIÓN

Existen definiciones técnicas y herramientas operativas que facilitan el buen funcionamiento de proyectos hospitalarios que disponen de nueva infraestructura. Hemos focalizado y entregado énfasis al inicio y continuidad de la atención, entendiéndose este como el objetivo del proceso de Puesta en Marcha.

El trabajo ha sido desarrollado gracias a la labor conjunta de los equipos liderados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, liderado por la División de Gestión de la Red Asistencial, a través de la Unidad de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha del Departamento de Gestión de Servicios de Salud, con la participación en la revisión de contenidos de la División de Atención Primaria (DIVAP), el Departamento de Asignación de Recursos de la División de Presupuesto, el Departamento de Planificación y Control de Gestión RHS de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP) y la División de Inversiones (DI). Se ha incluido en este proceso la División de Gestión Sectorial TIC y el Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas de la Subsecretaría de Salud Pública.

Ha sido fundamental el trabajo de cada uno/una de los/las funcionarios/as de los hospitales, servicios y SEREMIS de salud, los cuales han aportado con su experiencia, trayectoria profesional y técnica en pos de la mejora de procesos la facilitación del traslado y el inicio de operaciones de manera segura y con altos estándares de calidad, con una mirada integral, que considera el establecimiento como parte de una red de salud.

El documento presenta etapas de trabajo continuas en el tiempo con una duración dependiente del trabajo del equipo local y los avances de la obra. Podemos identificar puntos y momentos críticos, presentar propuestas de solución, incorporar a los actores claves de la etapa y avanzar en la revisión paralela de los ámbitos, permitiendo la entrada en operación sin eventualidades que afecten a la población beneficiaria.

1. MARCO DE INVERSIÓN PÚBLICA

Uno de los pilares del Programa de Gobierno 2014-2018 dice relación con el gran impulso que tendría el sector de salud, a través del plan de inversión pública, con el objeto de fortalecer y ampliar la red de atención, básicamente con la construcción de Establecimientos de Salud. Esta definición implica la necesidad de generar un trabajo integrado en la Subsecretaría de Redes Asistenciales para asumir el proceso inversional con calidad y con una mirada conjunta.

El proceso de Inversión Pública, y en particular la inversión en establecimientos de salud, es el reflejo de una perspectiva amplia en donde son múltiples los actores que intervienen y es necesario, entonces, centrarse en el objetivo principal que es brindar atención de salud de calidad, oportuna y equitativa a la población.

En este sentido, cobra relevancia para este documento efectuar una revisión sucinta del ciclo de vida de un proyecto, con el fin de comprender la integración de las distintas etapas y concluir exitosamente con la Puesta en Marcha y entrada en operaciones de un establecimiento de salud.

Toda inversión pública reconoce como antecedente el desarrollo de una idea que explicita la existencia de una necesidad sentida por la población usuaria y que debe ser abordada por el Estado. Para que esta necesidad se lleve a cabo, se formula un proyecto de inversión. El Sistema Nacional de Inversiones (SNI), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MDS), norma y rige el proceso de inversión pública en Chile; la eficiencia y eficacia en el uso de los fondos de inversión se potencia generando oportunamente una cartera de iniciativas de inversión.

Según el proceso normativo legal vigente, los proyectos de inversión que se financien con recursos públicos con cargo al Subtítulo 31 como Iniciativas de Inversión (IDI) deben contar con un informe del MDS, que debe estar fundamentado en una evaluación técnico económica que analice su rentabilidad. El mismo procedimiento requiere los proyectos de municipalidades que se financien con aportes específicos del Gobierno Central, a través de transferencias de Capital (Subtítulo 33), cuando estos correspondan a más del 50% del costo de dichas iniciativas de inversión. Se exceptúan de esta norma general aquellos que establezcan la Ley de Presupuestos u otras normas legales.

El funcionamiento del sistema se basa en reglamentos y leyes, así como también en normas, instrucciones y procedimientos para el Proceso de Inversión Pública (NIP), detalladas también para cada sector. En este proceso se requiere la participación de los Servicios de Salud y de los propios Establecimientos, tanto en los análisis técnicos como en los modelamientos administrativos y financieros derivados.

El SNI cuenta además con un sistema de información, el Banco Integrado de Proyectos (BIP), destinado a apoyar la gestión de inversión pública mediante el registro de los proyectos, programas y estudios básicos que anualmente solicitan financiamiento público.

La postulación de las iniciativas de inversión identificadas como proyectos se deben realizar según las etapas del ciclo de vida en base al siguiente cuadro¹:

¹ NIP, versión 2015. Ministerio de Desarrollo Social-Ministerio de Hacienda.

Proyecto
· Pre Factibilidad
· Factibilidad
· Diseño
· Ejecución

Las etapas se deben postular secuencialmente; una vez recomendada favorablemente la etapa del proyecto por parte del MDS, esta no puede ser modificada, salvo que exista un proceso de reevaluación formal, según la normativa vigente.

La solicitud de financiamiento generada en el sistema BIP se resume en la Ficha de la Iniciativa de Inversión (Ficha IDI), documento que contiene información básica de la misma, correspondiente a la etapa y proceso presupuestario a la cual postula.

La responsabilidad del análisis técnico económico recae en el Ministerio de Desarrollo Social, en su nivel central o regional, según corresponda. El proceso se inicia con la recepción de la etapa del proyecto y culmina con la emisión del resultado de su análisis, el cual aprueba la pertinencia técnico económica de llevarlo a cabo, fundamentado en una evaluación que analice su rentabilidad social y económica. Para tal efecto, se emite un informe expresado a través del Resultado del Análisis Técnico Económico (RATE) en la ficha IDI del BIP.

En aquellas etapas cuyo RATE es favorable, se obtiene la categoría de RS (recomendado favorablemente) para la solicitar la asignación presupuestaria correspondiente por parte del Ministerio de Hacienda.

Una vez que el proyecto ha sido ejecutado, el proceso de inversión concluye con la revisión y evaluación ex post de la iniciativa de inversión, la cual es responsabilidad del MDS y sus SEREMIS.

A continuación, se entrega una descripción general de las etapas de un proyecto:

- Etapa de Estudio Pre Inversional Hospitalario, como parte de la Fase Pre Inversional (etapas de Pre Factibilidad y Factibilidad)
- Etapa de Diseño
- Etapa de Ejecución que corresponde a la inversión propiamente tal

a) Etapa Pre Inversional: Estudio de Pre Inversión Hospitalaria

En relación a proyectos hospitalarios (reposición, normalización, construcción o ampliación de establecimientos), en la fase Pre Inversional (etapas de Pre Factibilidad-Factibilidad), las orientaciones sectoriales hacen referencia a la presentación de los Estudios Pre Inversionales Hospitalarios (EPH) elaborados de acuerdo a las políticas sectoriales correspondientes.

El año 2001, se formaliza con el inter sector la Guía Metodológica para Estudios de Pre Inversión Hospitalaria, que sirve como base para el desarrollo de estos estudios. El año 2015, la División de Inversiones de la Subsecretaría de Redes desarrolla el Manual de procedimientos desarrollo de etapa de Estudios Pre Inversionales (RES. Exenta n° 514), el cual fija el rol coordinador de este proceso en el Departamento de Estudios Pre Inversionales de dicha división.

El manual mencionado hace referencia detallada al proceso de postulación a las iniciativas de pre inversión, entregando definiciones, plazos, procedimientos y requisitos asociados. En relación a los EPH, se requiere que los Servicios de Salud hagan llegar a la División de Inversiones los módulos correspondientes, posteriormente remitidos por dicha división a los referentes respectivos a nivel central.

FIGURA 1: MÓDULOS Y SUS REFERENTES A NIVEL CENTRAL

Módulo	División que le corresponde su pronunciamiento
1. Modelo de gestión	División de Gestión de la Red Asistencial y/o División de Atención Primaria
2. Producción	División de Inversiones
3. Recursos Humanos	División de Gestión y Desarrollo de las Personas
4. Equipos y Equipamiento	División de Inversiones
5. Infraestructura	División de Inversiones
6. Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Departamento TIC
7. Sustentabilidad Financiera	División de Inversiones

FIGURA 2: MÓDULOS DE LOS ESTUDIOS DE LA PRE INVERSIÓN HOSPITALARIA



El desarrollo del Estudio Pre Inversional Hospitalario requiere necesariamente la interacción entre los organismos y unidades que participan en el desarrollo de los distintos módulos, asegurando la coherencia entre ellos.

A través de un trabajo conjunto con los equipos técnicos de los Servicios de Salud y referentes del MINSAL, se realiza una evaluación técnica de cada módulo, cuyo resultado se refleja en un informe visado a través del certificado de validación y/o no objeción, según corresponda (diagnóstico situación actual o demanda proyectada).

b) Etapa de Diseño

En esta etapa se verifican las condiciones técnicas para la ejecución del proyecto, especialmente en base al Programa Médico Arquitectónico (PMA) desarrollado en la etapa Pre Inversional. En este sentido, se debe resguardar el cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas (NTB) vigentes, orientaciones de hospital seguro y verificar la funcionalidad respecto del modelo de atención y de gestión ya aprobado en el EPH.

En este punto pueden generarse algunas diferencias con el estudio, ya sea por aspectos normativos nuevos o por funcionalidad. Sin embargo, se debe vigilar que los cambios no impliquen una reevaluación, lo que conlleva una nueva presentación del proyecto al Ministerio de Desarrollo Social. En tal situación, el proyecto y la comparación de sus detalles debe ser enviado a Estudios Pre Inversionales nuevamente para seguir el procedimiento específico de re evaluación.

c) Etapa de Ejecución

En esta etapa, cuyo referente en el MINSAL, corresponde al Departamento de Monitoreo de Obra, dependiente de la División de Inversiones, quienes llevan el control del desarrollo de las obras civiles y la habilitación del proyecto, tanto en sus avances físicos, como en los flujos y proyecciones financieras.

El Departamento de Monitoreo de Obra se coordina con Recursos Físicos (RRFF) del Servicio de Salud y el Inspector/a Técnico de la Obra (ITO), verificando la coherencia financiera entre las obras civiles y lo señalado en el Estudio y el Diseño.

En el inicio de la etapa de ejecución se incluye el proceso de puesta en marcha, liderado por la División de Gestión de la Red Asistencial.

2. PUESTA EN MARCHA

Definido como el periodo comprendido desde el inicio de obras hasta al menos 6 meses posteriores al inicio de las operaciones en el nuevo edificio. Comprende dos aspectos a trabajar en forma simultánea, que son mantener la atención en las actuales instalaciones y trabajar la puesta en funcionamiento en las nuevas dependencias contando con una amplia participación en este proceso.

El objetivo principal de este proceso es lograr el inicio de operaciones seguro y de calidad para los usuarios/as y los/as funcionarios/as, y la continuidad de la atención entre el antiguo establecimiento y las nuevas dependencias. De igual forma, en caso de un nuevo recinto, mantener la atención de usuarios entre el hospital que realiza actualmente las prestaciones y las nuevas dependencias.

El proceso está determinado por realizar el trabajo con los/as funcionarios/as actuales del Hospital o del Servicio de Salud. Por este motivo, es importante tener claridad del proceso para fortalecer el trabajo en equipo y entregar objetivos claros para el avance.

2.1. Metodología de Trabajo

a) Constitución equipo de Puesta en Marcha

Es necesario su constitución local, la que debe ser coordinada entre el establecimiento y el Servicio de Salud respectivo.

Este equipo de Puesta en Marcha debe estar respaldado con resolución emitida por el Servicio de Salud, donde se detallen los/as referentes del establecimiento y sus pares en el Servicio de Salud. Debe estar conformado por referentes del ámbito clínico, TIC, equipamiento, recursos humanos, recursos físicos, finanzas, participación y comunicaciones, detallando sus responsabilidades.

Entre estas responsabilidades se identifican:

- Realizar revisión del Estudio Pre Inversional Hospitalario aprobado
- Levantar las prestaciones para actualización de la cartera de servicios y asociación con el recurso humano necesario
- Planificar el trabajo de Puesta en Marcha
- Levantar el presupuesto estimado para nuevas dependencias
- Delimitar las responsabilidades
- Coordinar y establecer calendario y ejecución de reuniones estratégicas con autoridades, funcionarios y comunidad
- Planificar la gestión del cambio, considerando condición actual la prevención y el abordaje de situaciones que puedan producir obstáculos en el proceso
- Generar informes del proceso de Puesta en Marcha con envío de informes mensuales cada primer viernes del mes al equipo de Puesta en Marcha del MINSAL; además, de manera al menos bimensual, coordinar y realizar una reunión o videoconferencia a nivel central
- Establecer sistema de coordinación como reuniones, informes, minutas, videoconferencias, visitas a terreno, entre otras, entre el equipo de Puesta en Marcha local y MINSAL. Estos sistemas de coordinación serán gestionados por el referente de Puesta en Marcha de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) generando así un trabajo conjunto con las Divisiones de la Subsecretaría de Redes

Es obligatorio realizar reuniones cuando se encuentre afectado el plazo de la fecha estipulada por contrato como término contractual de obra, como también cuando se requiriera realizar alguna modificación en la obra que afecte los ámbitos clínicos, equipamiento, tecnología de la información y/o comunicación y recursos humanos. Esto se debe al impacto que cualquier alteración del proyecto genera en el funcionamiento del establecimiento.

Cada División de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL implicada en el proyecto define sus interlocutores para acompañar el proceso general de Puesta en Marcha.

b) Visitas a Terreno

La primera visita a terreno debe ser coordinada con la Dirección del Servicio de Salud para presentar el proceso de Puesta en Marcha y entregar los lineamientos para la construcción del plan de trabajo, establecer líneas de ejecución y acordar la forma de comunicación con el propósito de favorecer el desempeño local y recoger observaciones y propuestas para el avance del proyecto.

La primera visita contempla ir a la obra con el equipo del establecimiento y trabajar en el mismo con los planos realizando los flujos en actuales dependencias y la proyección en el nuevo edificio.

Considerando lo importante de las visitas conjuntas en terreno, estas deben ser planificadas por requerimiento o de acuerdo a los avances del proceso de Puesta en Marcha. Participan articuladamente los/as referentes de MINSAL (DIVAP, DIGERA, DIGEDEC, Presupuesto, TIC, Inversiones) y los profesionales del Servicio de Salud y Hospital con el propósito de resolver consultas que afectan diversos ámbitos y generar acuerdos que permiten el avance efectivo del proceso.

Se proyecta que cada visita incluya una reunión con el equipo Directivo del Servicio de Salud, una visita a la obra y una reunión ampliada con los funcionarios del hospital, que quedará registrada con asistencia, temas tratados y acuerdos obtenidos.

c) Elaboración de Minutas

Posterior a la visita a terreno, cada referente del MINSAL realiza una minuta, según los criterios técnicos de su dependencia, parte de la minuta común para conocimiento de la Dirección del Servicio de Salud y para archivo de la puesta en marcha MINSAL. Esta minuta incluye acuerdos con responsables y plazo de resolución. Es tarea del referente local y MINSAL de Puesta en Marcha realizar el seguimiento de acuerdos e informar de los avances.

Cada acta siempre es acompañada de una lista de asistencia, y su difusión se realiza a través de correo electrónico a los asistentes. Se otorga un plazo de 48 hrs. (hábiles) para la recepción de observaciones por parte de los participantes; posterior a este tiempo, el acta se da por sancionada.

2.2. Proceso de Puesta en Marcha

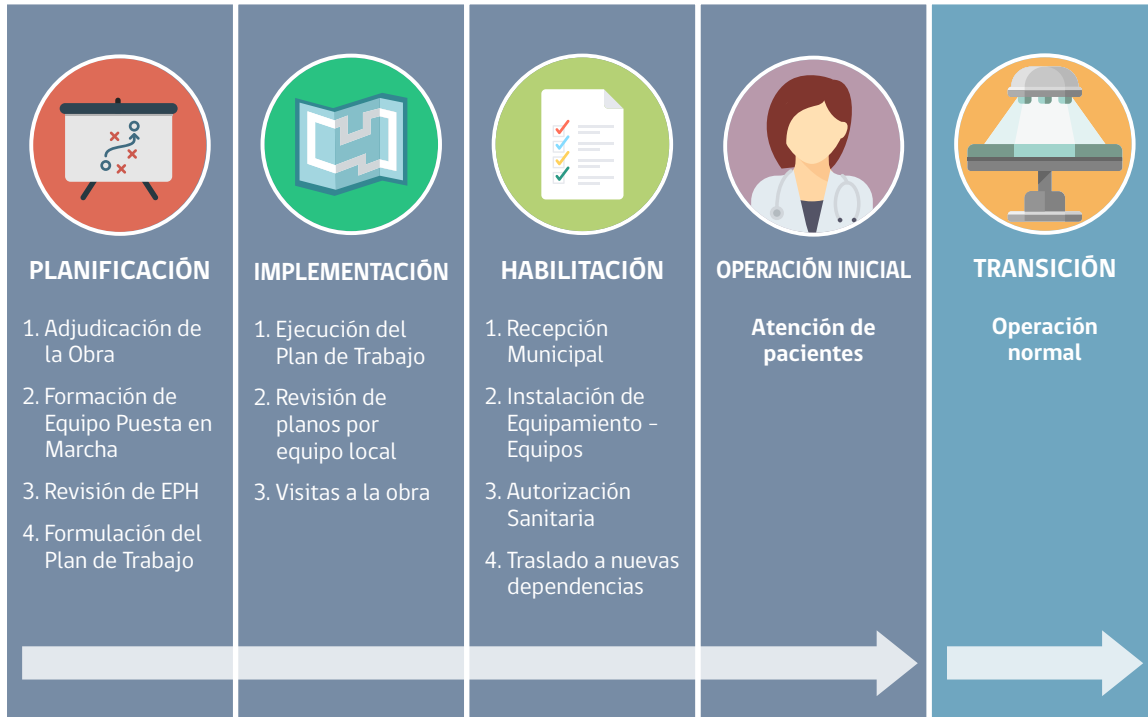
El proceso de iniciar operaciones en nuevas dependencias es de alta relevancia en el ámbito sanitario; el impacto que produce en la red, las expectativas de los/as usuarios/as internos/as y externos/as del sector y del intersector afectan directamente el proceso y determinan su éxito.

Con el trabajo realizado los últimos años y las evaluaciones posteriores a la finalización de cada proyecto, se ha ratificado la importancia de implementar la Puesta en Marcha como el proceso que implica la organización de los recursos, con el objetivo de realizar una apertura del establecimiento sanitario de forma segura y responsable. Esto desde el inicio de obras civiles hasta al menos 6 meses posteriores a la operación inicial.

Es esperable que el trabajo de Puesta en Marcha pueda alcanzar desde 1 a 3 años, dependiendo de la complejidad del establecimiento y de los tiempos constructivos, de tal modo que se asegure la implementación clínica-administrativa y permita estandarizar el trabajo en el ámbito financiero. La herramienta para alcanzar el objetivo es la articulación de los recursos, manteniendo el trabajo multidisciplinario, coordinado y colaborativo entre los equipos en pos del logro del objetivo.

A continuación, se describen las etapas:

DIAGRAMA RESUMEN ETAPAS DE PUESTA EN MARCHA



2.2.1. Etapa Planificación

La primera etapa llamada Planificación es la instancia para que el equipo local pueda identificar a los/as funcionarios/as que deben formar parte de este proceso, fomentando el trabajo en equipo e interdisciplinario de los distintos ámbitos, que además deben progresar coordinadamente para completar esta y cada una de las etapas.

Es importante mencionar que, al formular el plan de trabajo, todos los ámbitos deben estar intrínsecamente relacionados y ser dependientes uno del otro para mantener el avance lógico y armónico del proceso, al igual que en el Estudio Pre Inversional Hospitalario (EPH) se debe considerar la relación que existe, por ejemplo, entre la cartera de servicios con:

- la definición del equipamiento,
- el posible requerimiento de recurso humano,
- el presupuesto y
- el diseño de la obra en construcción.

Es por esto que, al revisar el Estudio Pre Inversional Hospitalario EPH aprobado, se debe considerar la revisión de todos los módulos y generar una reunión ampliada con el equipo para así acordar cómo definir el plan.

El hecho de contar con una nueva infraestructura es una oportunidad para trabajar la gestión del cambio enfocado al nuevo modelo de gestión, adecuando procesos a la nueva estructura física y fortaleciendo la calidad de atención.

Es trascendental trabajar la gestión del cambio de este tema desde el inicio e incorporarlo al plan de trabajo, registrando avances y definiendo la metodología.

Se recuerda que el EPH no tiene modificaciones, por lo que cualquier ajuste a realizar durante la puesta en marcha implica una revisión del diseño de la red, que también debe encontrarse actualizado en relación a la oferta del establecimiento para la red desde antes del inicio de la operación.

El tiempo para esta primera etapa depende de la organización de cada equipo, pero se espera una duración de 5 a 6 meses para los hospitales de mediana y alta complejidad y de 2 a 3 meses para los hospitales de baja complejidad.

El equipo de Puesta en Marcha local debe tener una resolución que indique los/as participantes del hospital y su homólogo del Servicio de Salud. En caso de ser un nuevo establecimiento, debe considerarse solo el Servicio de Salud respectivo y luego integrar a los/as funcionarios/as del establecimiento. Es muy importante incluir las funciones del equipo y el tiempo de su jornada de trabajo que dedican a esta tarea.

DESCRIPCIÓN ETAPA DE PLANIFICACIÓN

ETAPA 1 PLANIFICACIÓN	
Inicio	Adjudicación para la ejecución de la obra
Descripción	<p>Definición del equipo de trabajo con representación del Servicio de Salud y el Establecimiento con características de ser multidisciplinario.</p> <p>Para la conformación de este equipo se deben considerar los ámbitos relativos a lograr una correcta operación inicial (gestión clínica, calidad, recurso humano, estado de avance de la obra, área administrativa y financiera, TIC, entre otros). Como insumo principal se deberá contar con el EPH del establecimiento y el estudio de red.</p> <p>En anexo 2 se incluye tabla con un amplio y detallado listado de temas a revisar como guía. No es necesario desarrollar todos los temas, sino que cada establecimiento priorizará aquellos que concuerden con su plan de trabajo.</p>
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir con todo el equipo el EPH aprobado por MIDESO, realizar el análisis de sus módulos de forma que permita presentar formalmente un diagnóstico de la situación actual del establecimiento, su rol en la red y el plan de trabajo. 2. Posicionar la Puesta en Marcha como el trabajo continuo que favorece el trabajo en equipo y permite el correcto inicio de operaciones. 3. Iniciar las coordinaciones entre referentes conociendo los avances reales de la obra.
Productos	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación equipo Puesta en Marcha. • Diagnóstico y Formulación del plan de trabajo Puesta en Marcha.

Conformado el equipo y definido el plan, el cual presenta como objetivo lograr una apertura segura y de calidad en la nueva infraestructura, el Director/a del Establecimiento, junto a los/as referentes del Servicio de Salud que participan de su formulación, presenta al Director/a de Servicio de Salud el plan de trabajo para su aprobación.

Para consolidar la información es necesario designar un encargado/a de Puesta en Marcha del establecimiento y del Servicio de Salud. Esta persona es la línea de comunicación formal frente a observaciones, propuestas y modificaciones para la toma de decisión de los/as directores/as.

Siempre hay que considerar que cualquier modificación en la estructura, recurso humano, modelo de gestión, aumento del tiempo constructivo, entre otros, impacta en el presupuesto y en el inicio de la operación. Desde el MINSAL se asigna un/a encargado/a de Puesta en Marcha (DIGERA), quien

coordina la participación colaborativa entre las divisiones de la Subsecretaría de Redes para avanzar en el cumplimiento de compromisos.

En la revisión de la cartera de servicios para el inicio de operaciones se debe contemplar el hecho de mantener la oferta en prestaciones realizadas actualmente en el establecimiento.

El hito que da término a la etapa de planificación es la aprobación del Plan de Trabajo de puesta en marcha por parte del Director del Servicio de Salud y el respectivo envío al encargado/a de puesta en marcha en MINSAL.

FIGURA 3: RESUMEN DIDÁCTICO DEL PLAN DE TRABAJO POR ÁMBITOS



2.2.2. Etapa de Implementación

Consideramos necesario como primer ámbito a desarrollar en el Plan de Trabajo de Puesta en Marcha la participación interna, con la red, la comunidad y el intersector. Se debe realizar un trabajo coordinado y sinérgico entre los Departamentos de Comunicaciones, bajo la premisa de estar informado directamente y con la periodicidad establecida, según lo acordado. Así se disminuyen los malos entendidos, la información no real y las especulaciones relacionadas con el avance proyecto.

Este trabajo mancomunado:

- permite una visión integral del proceso,
- aclara las expectativas,
- fortalece la credibilidad en la difusión de avances,
- favorece la colaboración en la propuesta de ideas a implementar,
- logra realizar una estimación de los costos asociados y
- asigna los roles dentro de la red. Por ejemplo, identifica el cargo de quién realiza las vocerías oficiales relacionadas con el proyecto.

En definitiva, potenciar las áreas de Participación y de Comunicaciones es vital para el éxito en el desarrollo de todo el proyecto.

El ámbito de calidad en el Plan de Trabajo de Puesta en Marcha debe ser un apoyo sustancial para realizar los procesos dentro de las normas y leyes en la etapa de revisión de planos, la recepción de la obra, la solicitud de Autorización Sanitaria y la supervisión para el traslado de las personas.

El equipo de calidad de cada establecimiento y Servicio de Salud vela por el cumplimiento de los requerimientos, según la Norma Técnica Básica (NTB) y/o la pauta de chequeo para la Autorización Sanitaria. Las observaciones se deben presentar lo antes posible en la línea de tiempo del proyecto para realizar una revisión en el plano y favorecer el mantener los tiempos planificados en la ejecución de la obra.

La autorización por parte de la SEREMI de salud local se debe formalizar con la revisión de planos, las visitas de cortesía y las visitas de autorización propiamente tales. Todo lo anterior debe estar disponible durante todo el proceso como registro histórico.

Para el caso del equipo de IAAS (Infecciones Asociadas a Atención de Salud) se debe colaborar con la preparación de los equipos para utilizar y poner en funcionamiento las nuevas áreas de trabajo.

Más que una infraestructura, las nuevas dependencias son un establecimiento de salud, que producto de estudios determina mejorar las condiciones físicas. Durante el tiempo de trabajo de la Puesta en Marcha esto no puede olvidarse. Es la gestión del ámbito clínico y lo directamente asistencial, la mejora sustantiva que esperan los usuarios.

Lo central al final del proceso es lo relacionado con:

- el nuevo modelo de atención a implementar,
- el número de camas y su complejidad,
- la oferta en la atención promocional y/o preventiva o de especialidades y
- el trato brindado por los funcionarios.

Todas ellas son variantes con las que el público califica el buen o mal desempeño en las nuevas dependencias. Es importante presentar el proyecto las veces que sean necesarias, según lo aprobado en el EPH, al equipo clínico-administrativo para resolver en detalle las consultas donde se debe recordar siempre que el eje es el modelo de gestión.

El Diseño de la Red incluye el nuevo establecimiento o el detalle de la oferta en las nuevas dependencias cuando se trata de un establecimiento que ya existe en la red. Junto a la cartera de servicios se deben desarrollar en paralelo los procesos nuevos a implementar y que son parte de las nuevas dependencias. Este trabajo permite evidenciar modificaciones en el hacer que afectan otras unidades, además de entregar la oportunidad de actualizar y compartir los modelos y la experiencia entre los equipos (unidades, departamentos o servicios), favoreciendo y potenciando el trabajo en equipo.

DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

ETAPA 2 IMPLEMENTACIÓN	
Inicio	Aprobación del Plan de trabajo Puesta en Marcha
Descripción	<p>Ejecutar el Plan de Trabajo de Puesta en Marcha visado formalmente por el equipo local y el Director del Servicio de Salud, determinar responsables por ámbito y definir la coordinación necesaria para avanzar en bloque por etapas y alcanzar el objetivo.</p> <p>Presentar posibles brechas en cualquiera de los ámbitos que se produzcan por la antigüedad del EPH, la disponibilidad de nuevas tecnologías o la distribución en metros cuadrados de la obra.</p>
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el cumplimiento de normas y procesos necesarios para el inicio de operaciones en las nuevas dependencias. 2. Ejecutar Plan de Trabajo Puesta en Marcha.
Productos	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del Plan de Trabajo por ámbitos, coordinado para alcanzar avances en paralelo. • Generar carta Gantt que incluya procesos finales y responsables.

Es por todo lo anteriormente descrito que se define al equipo clínico como el responsable de la gestión y coordinación de todos los ámbitos y etapas, ya que es la cara visible del hospital. Se espera lograr la participación y compromiso formal del equipo y la contribución del sector e intersector en el proyecto. Para definir la ruta de trabajo, los avances de la obra civil permiten definir, evaluar o reevaluar los tiempos de ejecución del Plan de Trabajo. Por este motivo, se espera una comunicación fluida y expedita entre los equipos directivos del servicio de salud/hospital y MINSAL.

2.2.3. Etapa de Habilitación

En el momento en que se dispone de la recepción municipal y se emite el acta de recepción sin observaciones, se comienzan a ingresar los equipos y equipamiento. Este momento es también conocido como “vestir el edificio”.

Esta etapa puede ser muy participativa por parte del equipo del establecimiento:

- Se visita el nuevo lugar de trabajo con el equipamiento distribuido
- Se adecúa la disposición del mobiliario
- Es posible realizar visitas cruzadas con los equipos de otras áreas que son parte de sus procesos presentando su unidad
- Se organizan visitas de la familia de los funcionarios como una actividad de acercar el nuevo edificio a la comunidad
- Es posible realizar dependencias piloto
- Se presentan nuevas tecnologías
- Existe participación activa del voluntariado

Con este nivel de avance ya es posible realizar el plan de traslado a las nuevas dependencias. Para definir detalles se requiere de la toma de decisiones por parte del equipo directivo del Servicio de Salud y del hospital. Se considera de vital importancia la información, la experiencia del trabajo en el proyecto y el conocimiento detallado desde lo estructural y distribución de plantas para comenzar a definir fechas y la gradualidad del cambio.

DESCRIPCIÓN DE LA HABILITACIÓN

ETAPA 3 HABILITACIÓN	
Inicio	Recepción Municipal de la Obra
Descripción	<p>Inicio del ingreso participativo de equipos y equipamiento a las nuevas dependencias según lo programado en el plan.</p> <p>Presentación de carpeta para la autorización sanitaria a la SEREMI de Salud y a ISP, si corresponde.</p> <p>Verificación de la disponibilidad de lo adquirido, capacitación al personal, visitas de la comunidad y la red, revisión de procesos en nuevas dependencias, estado en la adjudicación de cargos, entre otros.</p>
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar instalación y pruebas de equipos, así como de las nuevas tecnologías en el edificio. Realizar en paralelo capacitaciones al personal. 2. Obtener la Recepción Provisoria de obras sin observaciones. 3. Presentar el requerimiento de Autorización Sanitaria del nuevo edificio. 4. Constituir el equipo para el plan de traslado y el plan de inicio de operaciones.
Productos	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar por parte del equipo Hospital el manejo operacional del nuevo edificio. • Relevar el trabajo comunicacional con la red y el intersector. • Obtención de Autorización Sanitaria (requisito obligatorio para iniciar traslado o apertura). • Plan de traslado y de inicio de operaciones.

2.2.4. Etapa Operación Inicial

El traslado y el inicio de la atención en las nuevas dependencias son los más mediáticos de la Puesta en Marcha. Es el momento más esperado, ya que se lleva a la práctica lo planificado y desarrollado en el Plan de Trabajo.

Se espera siempre realizar un traslado “en espejo”, es decir, que todas las prestaciones realizadas en el antiguo edificio se encuentren completamente operativas en el nuevo establecimiento. En este momento, se espera, como se menciona anteriormente, contar con una programación adecuada y progresiva en la cantidad de prestaciones.

Una propuesta es generar el traslado por etapas, comenzando con la atención abierta, posteriormente continuar con la atención cerrada y finalizar con la atención de urgencia. En establecimientos de alta complejidad se espera que el traslado solo de la atención cerrada tenga una duración de una semana, aproximadamente.

Es importante para la continuidad de la atención la satisfacción usuaria y los tiempos de resolución, es decir, disminuir al mínimo el tiempo de funcionamiento en más de un edificio. Considerando que el edificio tiene la capacidad de disponer de unidades, es probable que la duplicación de funciones en un mismo equipo humano genere aumento de licencias médicas, problemas relacionales, estrés y sobrecarga laboral.

Se propone realizar un trabajo específico con los equipos que se trasladan:

- Realizar ceremonias de último turno o último día de trabajo en antiguas dependencias
- Permitir espacios de participación para el momento del cierre de unidades o del edificio antiguo por completo
- Acompañar los registros fotográficos personales

- Realizar una o más reuniones que permitan presentar los temores y miedos frente al inminente traslado
- Generar compromisos para el nuevo lugar de trabajo idealmente con el jefe del equipo

Dejar en el pasado una vida laboral y familiar en el antiguo edificio es un duelo que se debe incluir en la planificación. Es importante que los y las nuevos/as funcionarios/as tengan conocimiento de todo el proceso y se integren como parte del equipo que comienza actividades en otras dependencias.

En caso de que el traslado no sea de todo el edificio, es trascendente acompañar igualmente a los funcionarios que ven la partida de sus pares. Otro tema importante es considerar a los/las funcionarios/as que se acogen a jubilación previo al traslado y/o al inicio de operaciones.

Preparar y programar los puntos de prensa, definir un vocero responsable del edificio antiguo y otro del área clínica en el nuevo edificio y definir responsables de las áreas administrativas y de operaciones serán el apoyo logístico que permita cerrar procesos ordenadamente y resguardar la atención. Posteriormente y en conjunto, realizar el informe de traslado con una evaluación interdisciplinaria que es valiosa de mantener la operación del nuevo edificio.

Se recomienda, en los días previos al traslado, complementar la difusión con la publicación de avisos informativos en los medios de comunicación local (papel, digital, radio y tv) e incorporar una sección especial en el sitio web institucional, dando énfasis al detalle de las fechas de inicio de la atención y cierre de dependencias.

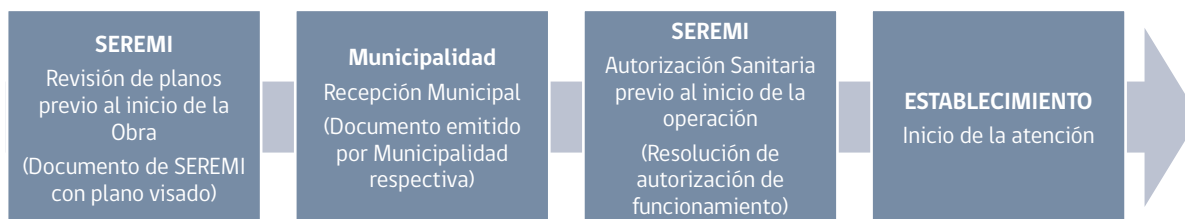
El formato de informe del traslado, que es diario y de las primeras semanas de operación, se encuentra en este documento. Cumplido el mes de funcionamiento, los informes se realizan mensualmente indicando el aumento progresivo de la atención y la entrega de una carta Gantt definitiva con la apertura del 100% de lo aprobado en el EPH.

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN INICIAL

ETAPA 4 OPERACIÓN INICIAL	
Inicio	Traslado
Descripción	<p>Con la Autorización Sanitaria y del ISP se da inicio al traslado administrativo y luego clínico para dar inicio de la atención. Se sugiere que este traslado de los procesos clínicos se inicie con la atención abierta, posteriormente la atención cerrada, para finalizar con la atención de urgencia. Debe trabajar en la agenda de oferta para la atención por lo menos 3 meses previos al inicio del traslado para la atención cerrada (principalmente en la programación de pabellones) y 6 meses para la atención abierta (velando por una atención fluida en las nuevas dependencias).</p> <p>El plan de traslado llegará a determinar claramente el día y el mes del traslado, la unidad o departamento a trasladar, los procesos críticos para ejecutarlo y los días en que se realizará la reunión con el equipo que se traslada, antes del traslado y posteriormente, a los nuevos recintos. En esta etapa existe un trabajo conjunto y coordinado entre el equipo Hospital - Servicio de Salud y MINSAL para desarrollar un trabajo acorde a lo requerido y para solucionar posibles imprevistos. Se entregarán informes diarios desde la semana previa al traslado hasta al menos 3 meses posteriores al inicio de la operación.</p>
Objetivo	Entregar una atención clínica-administrativa segura y de calidad para la red.
Productos	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización Sanitaria - ISP y otros. • Ejecución plan de traslado y apertura. • Inicio atención. • Generación de informes de funcionamiento.

En paralelo, es importante describir que durante el proceso de Puesta en Marcha existen autorizaciones, revisiones o recepciones que son un requerimiento para la continuidad del proyecto.

FIGURA 4: AUTORIZACIONES DEL PROCESO



El traslado es la etapa donde el trabajo es tangible con la obtención del logro: la celebración y el festejo deben ser dirigidos por el equipo Directivo. El trabajo más arduo continúa posterior al inicio de la atención y es necesario mantener acompañamiento al equipo del hospital al igual que durante el proceso.

Con el acompañamiento en el periodo de traslado, el inicio de atención y la operación inicial, el Equipo MINSAL de Puesta en Marcha realiza un informe de funcionamiento para que posteriormente el equipo local continúe enviando la información de la siguiente manera:

- Primera semana: Informe diario
- De segunda a cuarta semana: Informe semanal
- Del segundo al tercer mes: Informe mensual

Existen propuestas para formato en que se debe entregar la información respectiva. Los formatos se incluyen en los anexos de este documento.

2.2.5. Transición a la Operación Normal

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN NORMAL

TRANSICIÓN	OPERACIÓN NORMAL
Inicio	Inicio de la atención
Descripción	Posterior al traslado y desde el inicio de la atención, existe una progresión en la oferta hasta alcanzar el 100% de la operatividad según lo programado en las etapas anteriores. Esta etapa de transición permite realizar modificaciones en los procesos que no pudieron ser previstos con anterioridad, se mantiene el trabajo comunicacional y el equipo de Puesta en Marcha, posiblemente con nuevos integrantes que dan énfasis a la mejora en la atención. Se mantiene la colaboración desde el Servicio de Salud y MINSAL para apoyar y/o poder generar orientaciones.
Objetivo	Lograr Operación normal del Establecimiento.
Productos	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de progresión en la apertura de prestaciones según programación. • Reuniones de equipo formales para conocer el avance de la implementación en las nuevas dependencias.

Después de mantener un arduo trabajo durante los meses o años previos al inicio de operaciones, durante el cual se mantuvo la atención en el establecimiento antiguo y además se ejecutó un plan para la atención en las nuevas dependencias, es necesario realizar una etapa de transición para apoyar a los equipos. Proponemos mantener las reuniones en una periodicidad al menos semanal

durante el primer mes para luego realizarlas mensualmente o como el equipo y la situación actual de la operación determine.

Se sugiere el cambio del nombre de equipo de Puesta en Marcha a Equipo Operativo, principalmente porque las funciones se diferencian y el objetivo es distinto.

Entre sus funciones se distinguen:

- revisar la ejecución y flujos de los procesos,
- revisar el funcionamiento operativo del edificio,
- recoger la opinión del funcionamiento por parte de la red y de la comunidad,
- revisar la logística en la dispensación de insumos, tiempos reales de traslado dentro del edificio y tiempos de espera para la atención,
- revisar los registros y nuevas prestaciones y
- revisar el funcionamiento de casino, vestidores, registro reloj control, todos importantes para el funcionamiento, por mencionar algunos.

Se estima que esta etapa de transición se extiende entre 3 y 6 meses, dependiendo de la complejidad del establecimiento.

El equipo Hospital/Servicio de Salud/MINSAL debe continuar con algunas estrategias, como:

- programación de reuniones,
- incorporación de nuevas personas al equipo,
- priorización de las áreas que requieren mayor apoyo en la operación,
- mostrar avances en los espacios habituales de reunión con la comunidad, de las unidades, departamentos y/o servicios y
- realizar visitas por parte del equipo directivo para agradecer el trabajo realizado y recibir propuestas de mejoras.

La DIGERA favorece el trabajo con los Departamentos de Gestión de Procesos Clínicos Integrados y de Redes de Alta Complejidad y GES, que, como referentes, abordan ámbitos específicos propios de la operación normal del Establecimiento.

Frente a la experiencia obtenida por los/las funcionarios/as del Hospital y del Servicio de Salud respectivos, es necesario realizar un documento que permita recoger los logros y dificultades superadas para compartir con otros equipos que vivirán una similar experiencia.

Edición

Cecilia Calfiqueo Fuentes	Jefe Departamento de Gestión Servicios de Salud DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Verónica Vargas Benavides	Unidad de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha DIGERA – MINSAL

Revisión

Patricia Narváez Espinoza

Colaboración

Ana María Moreno Fica	Unidad de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Karina Trujillo Fuentes	Unidad de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Camila Astorga Parra	Unidad de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Patricia Acevedo Loyola	Unidad de Modelo de Gestión y Puesta en Marcha DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Gina Jara Díaz	Departamento de Gestión Servicios de Salud DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Katty Campos Salgado	Departamento de Gestión Servicios de Salud DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Sandra Caucamán Castillo	Departamento de Gestión Servicios de Salud DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Paula Ojeda Sandoval	Departamento de Gestión Servicios de Salud DIGERA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL

Participación

Claudia Godoy Cubillos	Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS DIGEDEP – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Olga Correa Flores	Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS DIGEDEP – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Cristian Muñoz Pérez	Departamento de Asignación de Recursos DIVISIÓN DE PRESUPUESTO – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Leticia Ávila Martínez	DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Yocelyn Price Romero	DIVISIÓN DE INVERSIONES – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Manuel Arriagada Figueroa	Departamento Calidad y Seguridad en la Atención DIGEDEP – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Pamela Flores Romero	Departamento Calidad y Seguridad en la Atención DIGEDEP – SUBSECRETARIA DE REDES – MINSAL
Inger Rivera Gómez	Departamento de Proyectos División de Tecnologías de Información y Comunicaciones – MINSAL

ANEXOS

Anexo N°1. Glosario de términos

Las siguientes definiciones del Glosario están contenidas en los documentos del sistema integrado de proyectos del MDS. Sistema BIP www.mideplan.cl; la Minuta Modelo de Atención Integral de Salud, Departamento de Hospitales, DIGERA, marzo 2007, en www/salunet@minsal.cl 14/07/2008.

REPOSICIÓN: Renovación total de un establecimiento existente con o sin cambio de la capacidad y/o calidad del mismo. MIDEPLAN define reposición como la renovación parcial o total de un servicio ya existente, con o sin cambio de la capacidad y/o calidad del mismo.

NORMALIZACIÓN: Modificación de un establecimiento con la finalidad de acuerdo a las normas. Puede implicar la construcción de volúmenes adicionales y/o acciones de reparación y habilitación de infraestructura. MIDEPLAN define normalización como la modificación de un bien o servicio existente con la finalidad de adecuarlo a ciertas normas predeterminadas.

CONSTRUCCIÓN: Materialización de un establecimiento que no existe a la fecha.

HABILITACIÓN: Acción tendiente a lograr que un determinado bien o servicio sea apto o capaz para aquello que antes no lo era. Dotar de accesorios que permitan el funcionamiento.

IMPLEMENTACIÓN: Poner en funcionamiento, aplicar métodos, medidas para llevar a cabo.

RECEPCIÓN DE OBRAS: Procedimiento contemplado en la ejecución.

AUTORIZACIÓN SANITARIA: Resolución administrativa otorgada por la autoridad sanitaria que, según los requerimientos que se establezcan, faculta un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Anexo N°2. Propuesta temas por ámbito

ÁMBITO	ÍTEM	TEMAS
Comunicaciones y Participación	PARTICIPACIÓN SOCIAL	Calendario de reuniones con CDL - Consejo Sociedad Civil - voluntariados - otras organizaciones
		Definición de lugares para presentación de Maqueta
		Definición ámbitos de participación (validación protocolos - horarios de visita - nombre del establecimiento - accesibilidad - otros)
		Estrategia de aplicación de convenio 169 OIT
		Reglamento Interno
		Metodologías y Plan de Evaluación Satisfacción Usuaría
	COMUNICACIONES	Plan Comunicacional
		Página Web (contenidos - maqueta - actualización - uso estratégico)
		Coordinación Gestión del Cambio (Estrategia de comunicación interna)
		Reunión de coordinación Comunicaciones DSS-Minsal
	RED ASISTENCIAL	Carta de Servicios
		Protocolos de referencia y contra referencia
		Flujos de derivación y contra derivación
		Mapa de red
		Rol en la Red
		Metodología de evaluación de impacto en la red (corto-mediano-largo plazo)
		Coordinación DEIS - SIGGES - SIGFE - SIRH (Códigos-Claves-Configuración)
		Plan de Traslado o habilitación
		Plan Coordinación APS-Hospital
Calidad y Seguridad	CALIDAD Y SEGURIDAD	Autorización Sanitaria (Planificación-Demostración-Obtención)
		Acreditación Prestador Institucional (Criterios Obligatorios)
		Evaluación Tecnología Sanitaria
		Programa Vigilancia Eventos Adversos
		Gestión de riesgo
		Programa Vigilancia IAAS
		SIS-Q
	EMERGENCIAS Y DESASTRES	Plan de Emergencias y desastres
		Calendario Simulación
		Evaluación Hospital Seguro

ÁMBITO	ÍTEM	TEMAS
Gestión Clínica	PROCESOS CLÍNICOS	Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Atención Cerrada
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Atención Abierta
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Atención Urgencia
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Pabellones/Quirúrgica
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Gestión de la Demanda
	PROCESOS DE SOPORTE	Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Imagenología
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento UMT
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Laboratorio
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Farmacia
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Anatomía Patológica
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento SOME/GESTION USUARIO
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Convenios
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Abastecimiento
		Diagrama-Ficha de proceso-Procedimiento Gestión de la Información
	MODELO DE ATENCIÓN	Planes y programas para las personas (Ciclo Vital y otros)
		Estrategias Plan Nacional de Salud
		Estrategias y Normas Epidemiología (ENO-PNI- Campañas)
		Integración Asistencial Docente
		Investigación en Salud
		Modelo de Hospitalización Domiciliaria
		Modelo de Atención Ambulatoria
	Modelo Atención Progresiva	
	MODELO DE GESTIÓN	Documento Modelo Gestión (aprobado-resolución-difundido)
		Gestión Lista de Espera/Gestión de la demanda
		Gestión Centralizada de camas
		Comités de acuerdo a normativa vigente
		Definición Centros de Responsabilidad/Centros de Costo
		Gobierno Transparente
		Modelo de Control de Gestión

ÁMBITO	ÍTEM	TEMAS
OTROS MÓDULOS DEL EPH	RECURSO HUMANO	Estudio de Dotación EPH
		Análisis Dotación Proyectada
		Plan de Contratación
		Descripción de Cargos
		Perfiles por Competencia
		Coordinación con Centros Formadores
		Estrategia Disminución de Brecha
		Definición Plan Capacitación Puesta en Marcha
		Presupuesto Capacitación (PAC)
	PRESUPUESTO	Actualización de presupuesto de gastos de Puesta en Marcha y de los incrementales
		Control Ejecución Presupuestaria
		Programación PPV
		Configuración SIGFE-WINSIG
		Información Contable-Gestión de Inventario
		Cuenta Corriente - Firmas - Fianzas
		Plan de Compras
		Negociación Cenabast
	TICS	Licitación o contratos vigentes (gestión de contrato)
		Integración - Interoperabilidad
		SIDRA
		Teleasistencia
		Ficha Clínica Electrónica
		RIS-LIS
		ERP
		Soporte
		Equipamiento
		Acceso Sistemas gubernamentales (Fonasa-RNLE)
OTROS	HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	Planificación estratégica
		Cuadro de Mando Integral
		GRD
		Metas Sanitarias
		Compromisos de Gestión
		Evaluación de Desempeño ADP
		Indicador H
		Manual de Organización
		Manuales de Procedimientos (Clínicos y Administrativos)
		Plan de Gestión del Cambio
		Evaluación de Gestión del Cambio
		OPERACIÓN
	Modelo de Gestión de Solicitudes (Servicios Generales y otros)	
	Evaluación Equipamiento Industrial	

Anexo N°3. Seguimiento mensual Plan de Trabajo Puesta en Marcha

Tabla con propuesta de presentación de ámbitos que debe contener el informe mensual. Considerar temas de presupuesto, recursos humanos y TIC, según año presupuestario.

		PLANIFICACIÓN	IMPLEMENTACIÓN	HABILITACIÓN	OPERACIÓN INICIAL
PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIONES		<ul style="list-style-type: none"> Levantamiento de Organizaciones de la comunidad Plan Comunicacional Destiñ del Cambio 	Ejecución de reuniones con comunidad, desarrollo del Plan Comunicacional		
CALIDAD Y SEGURIDAD		Conformación del equipo para el Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de NTB Preparación de carpetas para AS 	Acompañamiento para obtención de AS	Resolver posibles observaciones de AS
GESTIÓN CLÍNICA		<ul style="list-style-type: none"> Difusión del Modelo de Gestión aprobado Revisión de procesos clínicos y administrativos según cartera de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo con la Red Visitas a la obra 	Capacitación en nuevas tecnologías con equipos	Evaluación y mejoras en procesos clínicos administrativos
Transversales	PRESUPUESTO	Puesta en marcha		Incrementales	
	RRHH	Revisión según módulo aprobado	Si corresponde, determinar posible brecha con DIGEDEP	Finalizar perfiles de cargos y concursos	Evaluación y mejoras del proceso
	TIC	Definir desarrollo en nuevas dependencias	Si corresponde, determinar implementación en coordinación con TIC MINSAL	Implementación	Evaluación y mejoras
	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de avance de la obra Definición compra de equipamiento según lo aprobado y cartera de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Avance de obra Avance en compra de equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Avance de obra Implementación de equipamiento 	Evaluación del proceso

Anexo N°4. Consideraciones para el traslado

TEMAS A REVISAR PARA EL TRASLADO	
Información a Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> Considerar utilización de medios de comunicación con el fin de informar a la comunidad (usuario externo) de fechas y modificaciones en la prestación de servicios o localización de los mismos. A Salud Responde para información a usuarios que realicen llamadas en un periodo de tiempo determinado. Coordinación con Salud Responde para evaluación y seguimiento de pacientes de alta temprana. Considerar apoyo de la OIRS, información a familiares por traslado de pacientes. Incorporar a la comunidad, a través de Consejo Consultivo, para colaborar con la información a la comunidad y orientación al público al momento de traslado.
Información: Autoridades y Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> De forma clara y precisa, privilegiando la información de su interés como fecha de apertura, disponibilidad de oferta, locomoción, fecha de inauguración.
Medios de Transporte	<ul style="list-style-type: none"> Transporte para pacientes (Coordinación SAMU-movilización). Transporte Funcionarios. Transporte de Bienes, con inventario de traslado por Unidad, para registro de salidas y llegadas (equipos e insumos clínico y no clínico). Rutas y vías de traslado (coordinación con Carabineros de Chile y Municipalidad-Transporte vialidad) (considerar punto de no retorno). Realizar medición de tiempos y horarios de traslados (preparación del paciente-traslado-entrega). Licitación transporte si se estima necesario. Transporte para funcionarios, usuarios y familiares para llegar a nuevas dependencias.
Estimación del número de pacientes a trasladar	<ul style="list-style-type: none"> Estimación con liberación de camas o altas por suspensión quirúrgica, estudio y limitación de hospitalización (determinar plazos-perfil de pacientes- impacto en producción). Estimación egresos y traslados. Estimación disponibilidad camas en red, macro red pública o privada en convenio. Estimación disponibilidad hospitalización domiciliaria. Diferenciar por unidad clínica la información anterior. Definición de perfil de pacientes a trasladar. Pertinencia y coordinación con vehículos y logística de traslado.
Infraestructura y Operación	<ul style="list-style-type: none"> Control Centralizado (Capacitación-Pruebas-RRHH). Calefacción. Gases Clínicos (certificación-verificar insumos y equipos-conexiones). Electricidad. Informática (conectividad-software-equipamiento). Inventario de traslado de mobiliario clínico, mobiliario no clínico, incorporando bajas que no se trasladan. Recepción material dependencias (llaves, documentación y recepción). Capacitación en equipos, equipamiento, flujos y procesos. Turnos de contingencia en ambos establecimientos. Duplicar turnos de vigilancia en ambos hospitales y control de especies. Conformar equipo de contingencias a cargo de fallas. Protocolos de falla (información-notificación-reparación o reposición).

Infraestructura y Operación	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Simulación de falla (protocolo). ▫ Pruebas de equipos y funcionamiento industrial (certificación). ▫ Llavero, inventario y formularios de entrega a Coordinador de Unidad. ▫ Empresas Externas (certificaciones-capacitaciones-inducción-infraestructura-tiempos de respuesta). ▫ Compra de servicios transitoria de refuerzo al traslado, si fuera necesario. ▫ Catastro de convenios, aviso a proveedores de cierre de contrato y cambio de domicilio. ▫ Insumos de embalaje para traslado de bienes.
Programa de visitas	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Funcionarios-Usuarios-Grupos de interés, según objetivo (día-duración-acompañamiento). ▫ Equipos de unidades clínicas, de apoyo y administrativas; evaluación de flujos, estimación de tiempos.
Recurso Humano	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Conocer infraestructura, flujos, equipamiento. ▫ Capacitación en plan de traslado o apertura, funcionalidad de la infraestructura, plan de emergencias y desastres, manejo de equipos. ▫ Definición del Coordinador de traslado por Unidad, en establecimiento antiguo y nuevo, asignación de tareas. ▫ Planificación de posibles turnos de contingencia.
Ejecución diaria	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Charla diaria previa al inicio de actividades. ▫ Revisión diaria por disponibilidad de funcionarios, equipos, equipamiento e insumos. ▫ Canales de información permanente internos y externos. ▫ Definir un responsable de información a nivel de Dirección de Servicio y del Establecimiento. ▫ Chequeo de nivel de ocupación, situación de visitas y servicios para usuario. ▫ Informe, monitoreo y seguimiento del plan de traslado o apertura.

Anexo N°5. Formato para Informe Traslado

A continuación, se presentan formatos para LA entrega de información referente al traslado y meses posteriores.

Traslado diario

Traslado NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	Día / Mes / Año	
Unidad / Departamento / Establecimiento que se traslada	Programado: n°	Realizado: n°
Unidad / Departamento / Establecimiento que se traslada	Programado: n°	Realizado: n°
Eventos adversos	Detalle de eventos adversos	
Fallecidos	Causa y número	

Informe diario/mensual oferta de camas

UNIDAD O SERVICIO CLÍNICO	DOTACIÓN PREVIA		DOTACIÓN ACTUAL	Miércoles 27 abril 2010			
				Camas habilitadas	Camas ocupadas	Camas disponibles	No habilitadas
Médico Qx Adulto	241		252	158	129	29	94
Médico Quirúrgico Pediátrico	46		67	13	13	0	54
Obstetricia	64		41	41	29	12	0
Camas Críticas Pediátrico	UCI PED	6	6	4	4	0	2
	UTI PED	12	10	10	10	0	0
Camas Críticas Adulto	UCI ADULTO	20	20	14	10	4	6
	UTI ADULTO	40	40	22	22	0	18
Camas Críticas Neonatología	UCI NEO	10	12	9	9	0	3
	UTI NEO	33	30	13	13	0	17
Salud Mental Corta Estadía	ADOLESCENTE	0	12	0	0	0	12
	ADULTO	14	26	14	14	12	12
Pensionado	0		20	20	0	20	0
TOTAL	487		536	318			218

Informe diario/mensual producción pabellones

UNIDAD O SERVICIO CLÍNICO	DOTACIÓN PREVIA	DOTACIÓN ACTUAL	Pabellones disponibles	Miércoles 27 abril 2010		
				Agendado (n° cx)	Producción	Suspensiones
PABELLÓN	12	15	10	32	28	4

Informe diario/mensual producción por unidad

UNIDAD O SERVICIO CLÍNICO	DOTACIÓN PREVIA	DOTACIÓN ACTUAL	PRODUCCIÓN			
			ABRIL			
			27	28	29	30
Salas de parto integral						
Imagenología - RX						
Imagenología - ECO						
Imagenología - RNM						
Imagenología - Mamógrafo						
Imagenología - TAC						
Esdoscopia						

Informe diario/mensual producción atención de urgencia y atención ambulatoria

SERVICIO DE URGENCIA	DOTACIÓN PREVIA	DOTACIÓN ACTUAL	Miércoles 27 abril 2016	
			Atendidos	Espera hospitalización
BOX DE ATENCIÓN				

ATENCIÓN AMBULATORIA	DOTACIÓN PREVIA	DOTACIÓN ACTUAL	Miércoles 27 abril 2016		
			Atención programada	Atención realizada	Atenciones suspendidas
BOX DE ATENCIÓN					