

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
Campus Los Ángeles
Programa de Continuidad de Estudios de
Ingeniería Comercial Mención Control de Gestión.



**“Análisis y Evaluación del Modelo de Gestión del Ausentismo
Laboral aplicado a los Establecimientos Dependientes del Servicio
de Salud Biobío.”**

Tesis para optar al título profesional de Ingeniero Comercial Mención Control de Gestión y el grado académico de Licenciado en Ciencias de la Administración de Empresas.

Nattaly Muñoz Oviedo
Yohana Castillo Araya

Profesor Guía

Mario A. Medina Martínez

Profesor Informante

Víctor Hugo Morales Balboa

Los Ángeles, Julio de 2015.

TÍTULO DE LA TESIS

“Análisis y Evaluación del Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral aplicado a los Establecimientos Dependientes del Servicio de Salud Biobío.”

AUTORES

Yohana María Castillo Araya - Nattaly Valesca Muñoz Oviedo

La comisión evaluadora ha evaluado el Trabajo de Tesis presentado por las alumnas, para optar al título profesional de Ingeniero Comercial Mención Control de Gestión y el grado académico de Licenciado en Ciencias de la Administración de Empresas, de acuerdo a las exigencias de la Universidad de Concepción y ha considerado señalar las siguientes observaciones:

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Sr. Mario Medina Martínez

FIRMA

Profesor Guía de Tesis

Sra. Paulina Vallejos

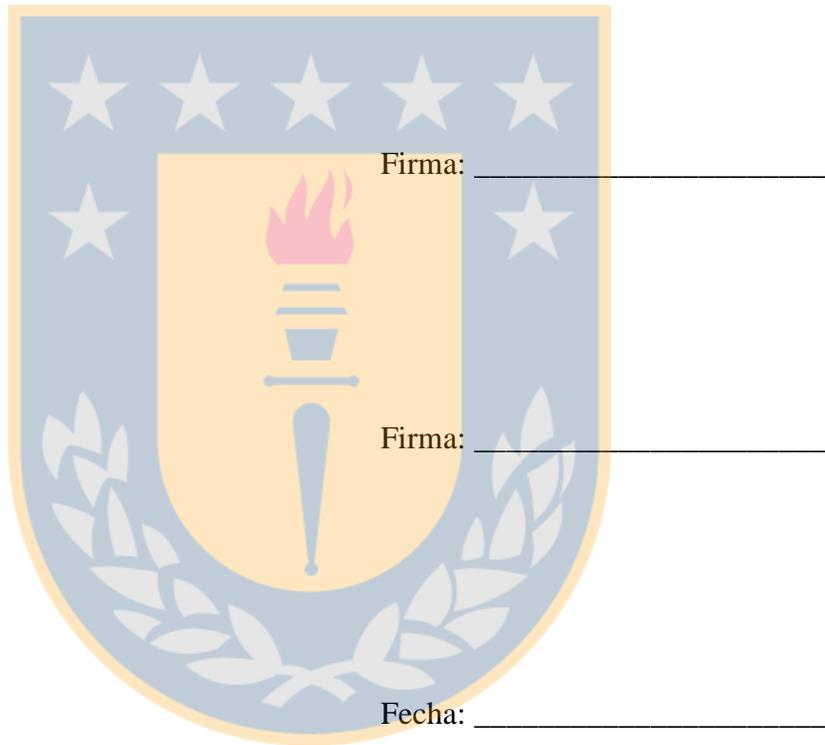
Profesora

Los Ángeles, Chile, Julio de 2015

Todo el contenido, análisis, conclusiones y opiniones vertidas en este estudio son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Nombres: Yohana Castillo Araya

Nattaly Muñoz Oviedo



AGRADECIMIENTOS

A todos quienes participaron de este largo proceso junto a mí; familiares, amigos, compañeros, profesores, colegas y en especial a Dios por guiar mi camino y bendecir mi vida en cada paso que doy.

A mis padres; Alicia y Santiago, que han hecho de mí una persona de bien, quienes junto a mis hermanos; Carina, Ricardo y Jaime, me brindaron su comprensión y apoyo, por siempre incentivar me a lograr mis sueños y metas, pero por sobre todo por el amor incondicional que me brindan.

A mi compañero de vida, por tu apoyo y estar a mi lado, por instarme a continuar e insistir siempre en que lo lograría.

Tu ayuda y amor hacía mí nunca tuvo límites, lo que estaba a tu alcance y en tu corazón estuvo para mí.

Hija a ti, que eres mi razón de vivir dedico esta tesis y el culminar mi carrera con éxito, ya que me prestaste el tiempo que te pertenecía para así lograr mi meta.

Me llenas de orgullo y satisfacciones, lejos eres mi mejor y gran motivación, me das las fuerzas para superarme cada día y así ofrecerte siempre lo mejor.

No fue fácil, eso ambas lo sabemos y justo cuando más lo necesite ahí estabas tú, motivándome e instándome a luchar y hoy puedo decir que lo he logrado.

Infinitas gracias.

Yohana Castillo Araya

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las personas que me acompañaron en el proceso de carrera y tesis agradezco inmensamente sus palabras de aliento, de confianza y de cariño cada vez que fueron necesarias; no fue fácil llegar a esta instancia y su presencia en mi camino hizo posible este logro. A mis padres Fredy y Eliana, a mi hermano Camilo y a mi amiga hermana Fabiola; a cada uno de los miembros de mi familia y los que por circunstancias de la vida se han vuelto parte de ella.

Dedico esta Tesis en primer lugar a Dios, quien día a día llena mi vida de capacidades, destrezas y bendiciones, sin su amparo nada en mi vida sería como es. En segundo lugar y muy especialmente dedico este trabajo a una persona que sin tener un vínculo de sangre conmigo, fue un apoyo fundamental en este y cada uno de mis logros académicos y personales, fue quien permitió siempre estudiara tranquila y confiada de que mi tesoro más grande estaba protegido por ella en mis horas de ausencia, a usted Sra. Elsa, que ya está con Dios, envío mis agradecimientos y dedico este trabajo.

Finalmente y no menos importante, vayan mis agradecimientos a la motivación más grande que tengo para querer ser día a día una mejor persona y una mejor profesional, mi hijo Benjamín, eres tu hijo quien debió hacer junto a mí los sacrificios necesarios en este camino. A ti, dedico el haber llegado a la meta.

Nattaly Muñoz Oviedo.

ÍNDICE GENERAL

<u>Contenido</u>	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	11
1.1 Objetivos de la Tesis:	12
1.1.1 Objetivo General:	12
1.1.2 Objetivos Específicos:	12
1.2 Alcance:	13
1.3 Base Metodológica:	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Aproximaciones a los Servicios de Salud	17
2.2 Cambios hacia las Nuevas Estrategias de Salud	18
2.2.1 Estrategia Nacional de Salud	19
2.3 Recursos Humanos para la Estrategia Nacional de Salud	20
2.3.1 Dotación de Recursos Humanos en Salud	22
2.3.2 Gasto en Recursos Humanos	23
2.4 Ausentismo Laboral	24
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	28
3.1 Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020	29
3.2 Servicio de Salud Biobío	31
3.3 Historia del Servicio de Salud Biobío	32
3.4 Plan Estratégico del Servicio de Salud Biobío	34
3.4.1 Visión Servicio de Salud Biobío	34
3.4.2 Misión Servicio de Salud Biobío	34
3.4.3 Valores Servicio de Salud Biobío	35
3.4.4 Lineamientos Estratégicos Generales	35
3.4.5 Estrategias del Ministerio de Salud	35
3.5 Red de atención del Servicio de Salud Biobío	35
3.6 Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío	41
3.7 Modelo de Salud Familiar	44
3.7.1 Características del modelo de salud familiar	45
3.8 Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruíz”	45
3.8.1 Antecedentes Históricos	45
3.9 Compromiso de Gestión	48

3.10 Ausentismo Laboral	49
3.10.1 Tipos de Ausentismo Laboral	49
3.10.2 Ausentismo Laboral en el sector Salud.....	50
CAPÍTULO 4: EL RECURSO HUMANO COMO FACTOR PRIMORDIAL	52
4.1 Políticas de Recursos Humanos de Salud	53
4.2 Departamento de Calidad de vida del Servicio de Salud Biobío	54
4.3 Programa de Calidad de Vida	55
4.4 Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)	56
CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
5.1 Del Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral.....	59
5.2 De los Planes de Intervención Desarrollados.....	59
5.3 De la Evaluación a la Ejecución de los Planes de Intervención.....	65
5.4 De los Índices de Ausentismo Laboral	66
5.4.1 Gráficos Índices de Ausentismo	68
5.5 Propuesta Plan de Intervención para Hospitales fuera de COMGES 2014.....	71
5.5.1 Plan de Intervención Estandarizado.....	71
5.5.1.1 Objetivo General.....	71
5.5.1.2 Objetivos Específicos.....	71
5.5.1.3 Integración básica del Comité Local.....	72
5.5.1.4 Propuesta Plan de Intervención Estandarizado	73
5.6 Del Informe Ejecutivo.....	78
CONCLUSIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	82
LINKOGRAFIA	86
ANEXOS	87
Anexo N° 1: Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Norma Administrativa N°22	87
Anexo N°2: Objetivos Estratégicos Estrategia Nacional de Salud	95
Tabla N°1: Alcance de cada Objetivo Estratégico.	95
Anexo N°3: Políticas de Recursos Humanos para el Sector Salud.....	96
Anexo N°4: Objetivos Específicos Departamento de Calidad de Vida.	103
Anexo N°5: Índices de Ausentismo Mensual para cada Establecimiento en los años 2012, 2013, y 2014.....	106
Gráfico N°1: Índices de Ausentismo Dirección de Servicio.....	106
Gráfico N°2: Índices de Ausentismo CADVRR	106
Gráfico N°3: Índices de Ausentismo H. Santa Bárbara	107

Gráfico N°4: Índices de Ausentismo H. Nacimiento	107
Gráfico N°5: Índices de Ausentismo H. Laja.....	108
Gráfico N°6: Índices de Ausentismo H. Mulchén.....	108
Gráfico N°7: Índices de Ausentismo H. Yumbel.....	109
Gráfico N°8: Índices de Ausentismo H. Huepil.....	109
Gráfico N°9: Índices de Ausentismo.....	110
Tabla N°1: Índices de Ausentismo Mensual por establecimiento año 2012.....	111
Tabla N°2: Índices de Ausentismo Mensual por establecimiento año 2013.....	112
Tabla N°3: Índices de Ausentismo Mensual por establecimiento año 2014.....	113
Anexo N°6: Plan de Intervención 2014, HFC de Laja.....	114
Anexo N°7: Informe Ejecutivo.....	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Objetivos Sanitarios de la Década.....	29
Figura N°2: Áreas Estratégicas de la provincia de Biobío.....	36
Figura N°3: Pirámide de la Red Asistencial de la Provincia de Biobío.....	38
Figura N°4 : Mapa de Flujo Sector Público-Privado.....	39
Figura N°5: Organigrama del Servicio de Salud Biobío.....	41
Figura N°6: Administración Proyecto SIRH.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Resumen Antecedentes por Hospital.....	43
Tabla N°2: Planta Funcionarios CADVRR.....	47
Tabla N°3: Detalle distribución Equipo de Calidad de Vida.....	55
Tabla N°4: Resultados Planes de Intervención COMGES 2014, primer corte.....	65
Tabla N°5: Resultados Planes de Intervención COMGES 2014, cuarto corte.....	65
Tabla N°6: Índices de Ausentismo anual SSBB, años 2012-2013 y 2014.....	67
Tabla N°7: Índices de Ausentismo anual años 2012-2013-2014.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Índice Ausentismo (días/año) periodo 2012.....	68
Gráfico N°2: Índice Ausentismo (días/año) periodo 2013.....	69
Gráfico N°3: Índice Ausentismo (días/año) periodo 2014.....	70

RESUMEN EJECUTIVO

A raíz de la preocupación e impacto que genera el Índice de Ausentismo Laboral, el Ministerio de Salud (MINSAL), implementó en el año 2012 un modelo que permitiera gestionar este importante factor en el sector¹. El Modelo busca disminuir tales índices y a la vez generar apoyos y mejoras en la calidad de vida de los funcionarios.

En el marco de la implementación de este Modelo el Servicio de Salud Biobío, a través de su Dpto., de Calidad de Vida, ha procedido a gestionar y desarrollar lineamientos de trabajo orientados a generar Planes de Intervención (desarrollados de acuerdo a lo establecido por el Modelo de gestión aprobado por el MINSAL) que permitan lograr mejoras en sus índices de ausentismo laboral, con el fin de cumplir con el Compromiso de Gestión que ello implica.

Para cada año se incorpora en el Compromiso de Gestión (COMGES) cuatro Establecimientos del Servicio de Salud Biobío; la Dirección del Servicio, el Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” y dos Hospitales de la Familia y la Comunidad, establecimientos que en el año anterior destacaron por haber obtenido los mayores Índices de Ausentismo.

Esta tesis busca Analizar y Evaluar el Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral; Revisar los Planes de Intervención respecto a su ejecución en los establecimientos incorporados al Compromiso de Gestión (COMGES) del año 2014; Analizar los Índices de Ausentismo Laboral durante el periodo 2012 – 2014 obtenidos a raíz de la aplicación de los Planes de Intervención y culminar con el análisis respecto a la efectividad de estos planes. Se presentan además, un Plan de Intervención estandarizado para los establecimientos que no se encuentran incorporados al COMGES y sugerencias que permitan mejorar procesos y resultados del Modelo.

¹ Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Salud.

ABSTRACT

Following the concern and impact generated by the index absenteeism, the Ministry of Health (Ministry of Health), implemented in 2012 a model that would manage this important factor in the sector. The model seeks to reduce such rates while generating support and improvements in the quality of life of officials.

As part of the implementation of this Model Service Biobío Health, through its Department., Quality of Life, proceeded to manage and develop working guidelines aimed at generating Intervention Plans (developed in accordance with the provisions of The management model approved by the Ministry of Health) that would achieve improvements in their rates of absenteeism, in order to meet the commitment of management that implies.

For each year is incorporated in the Commitment of Management (COMGES) Four Establishments Biobío Health Service; the Directorate of the Service, Care Complex "Dr. Victor Rios Ruiz "and two hospitals in the Family and the Community institutions in the previous year stood out for having obtained the highest rates of absenteeism.

This thesis seeks to analyze and evaluate the management model of absenteeism; Check Intervention Plans on their implementation in establishments incorporated in the Commitment Management (COMGES) 2014; Indexes analyze absenteeism during the period 2012 - 2014 obtained following the implementation of contingency plans and culminate in the analysis regarding the effectiveness of these plans. It also presents a standardized Intervention Plan for establishments that are not incorporated into COMGES and suggestions to improve processes and results of the model.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XXI, era posible destacar como importantes causas de muerte las enfermedades crónicas, degenerativas, de salud mental y las enfermedades infecciosas, preocupando al Estado la pérdida de calidad de vida que podía llegar a afectar a los chilenos y chilenas. Esta preocupación sumada a otros antecedentes generó un fuerte deseo de mejorar la atención de salud en su conjunto para todo el país.

Se gestionó así un conjunto de reformas que abarcara todo el sector salud. La llamada Estrategia Nacional de Salud, corresponde a un modelo de gestión basada en resultados que cuenta con cuatro Objetivos Sanitarios que constituyen la guía a seguir y nueve Objetivos Estratégicos que orientados en la misma dirección, abordan las diferentes áreas que la Estrategia Nacional desea abarcar.

En concordancia con la evidente importancia que tiene el Recurso Humano para cualquier organización que quiera alcanzar sus objetivos, el fortalecimiento de este factor es uno de los puntos clave dentro de uno de los nueve objetivos presentes en la Estrategia Nacional de Salud². En este contexto cobra importancia el Ausentismo Laboral, pues sus elevados índices, constituyen un aporte negativo hacia la consecución de las metas y objetivos en este caso propuestas por el MINSAL a través de su Estrategia.

Es así entonces, como el mismo ministerio señalado en el párrafo anterior dicta en el año 2012 lineamientos estratégicos a través de la Norma Administrativa N°22 “Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Salud” para la disminución y control de los índices de ausentismo de los establecimientos dependientes de él, incluyendo por defecto a los Servicios de Salud.

² Objetivo Estratégico 7 “Fortalecimiento del sector Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

1.1 Objetivos de la Tesis:

1.1.1 Objetivo General:

- Analizar y evaluar el Modelo de Gestión del ausentismo laboral, aplicado en la Dirección, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y los Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Analizar los planes de intervención en cuanto al ausentismo laboral, desarrollados de acuerdo al modelo de gestión aprobado por el MINSAL, que se están ejecutando en la Dirección, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y los Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío y que se encuentran incorporados en el Compromiso de Gestión (COMGES).
- Evaluar el comportamiento de los planes de intervención en cuanto a su ejecución, de los establecimientos incorporados al Compromiso de Gestión (COMGES) del año 2014.
- Evaluar el comportamiento de los Índices de Ausentismo Laboral de la Dirección, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y los Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío, para el periodo 2012 – 2014.
- Preparar un plan de intervención estandarizado para los establecimientos que no se encuentran incorporados al COMGES del año 2014.
- Realizar un “Informe ejecutivo” que consolide la información existente y sea un aporte para la toma de decisiones del equipo Directivo del SS. Biobío.

1.2 Alcance:

El presente trabajo estudiará la información y datos entregados por el Servicio de Salud Biobío³, respecto de la gestión de los Índices de Ausentismo Laboral (días/año), de los funcionarios de la Dirección del Servicio, del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” (CADVRR) y de los Hospitales de la Familia y la Comunidad (HFC) de Mulchén, Nacimiento, Laja, Santa Barbará, Yumbel y Huepil. Se analizarán y evaluarán los índices mensuales de ausentismo, calculadas y entregadas por la Dirección del Servicio de Salud Biobío; quien las estima en base a los días de ausentismo, registrados por cada establecimiento en el portal de Gestión Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), considerando las licencias médicas de tipo curativas, de los funcionarios de la Ley N° 18.834⁴, Ley N° 19.664⁵ y Ley N° 15.076⁶ de la planta titular y a contrata, excluyendo así, las licencias médicas de funcionarios que prestan servicios a honorarios; las licencias médicas pre y post natal, las licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año y las licencias médicas de enfermedades de tipo catastróficas. Se considerarán los datos correspondientes al periodo comprendido entre el año 2012 al año 2014.

1.3 Base Metodológica:

La metodología a utilizar en este estudio, es la establecida por el MINSAL a través de su Norma General Administrativa N° 22 aprobada por Resolución Exenta N° 873 del 11 de Septiembre de 2012, que estableció normas generales para operacionalizar un “MODELO DE GESTION DEL AUSENTISMO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD”; esta, además de las Orientaciones Técnicas y Metodológicas dadas por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, en el documento “Orientaciones Técnicas y Metodológicas, Compromisos de Gestión 2014”; además

³ www.ssbiobio.cl

⁴ Ley N° 18.834. Aprueba nuevo Estatuto Administrativo.

⁵ Ley Médica N° 19.664. Establece Normas especiales y Modifica la Ley N° 15.076.

⁶ Ley Médica N° 15.076. Fija Texto refundido del estatuto para los Medico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químicos Farmacéuticos, Bio-Químicos y Cirujanos Dentistas.

de otros procedimientos administrativos complementarios que ha establecido el MINSAL en Circulares y Resoluciones, constituyen la base metodológica para el análisis de esta Tesis.

La Norma General Administrativa N° 22, tiene por Objetivo General establecer lineamientos generales para operacionalizar un Modelo de Ausentismo que permita fortalecer la gestión interna, especialmente en las áreas que afectan el ausentismo por licencia médica curativa del personal. Mientras que específicamente pretende:

- Constituir comités locales encargados de asesorar en la gestión del ausentismo por licencia médica.
- Contar con planes de acción que permitan mejorar las condiciones laborales del personal, que repercuten en la salud física y mental de los funcionarios.
- Apoyar integralmente a los funcionarios que se encuentren afectados en su salud.
- Disminuir el número de días promedio de licencias médicas curativas del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Entre otros aspectos que se presentan en extenso en el Anexo N°1 de esta Investigación. No obstante, es preciso destacar los dos principales indicadores que considera este Modelo:

Indicador N°1: Indicador de Implementación Plan de Intervención

Porcentaje entre,

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de actividades ejecutadas del plan de ausentismo del establecimiento a la fecha de corte})}{(\text{N}^\circ \text{ de activ. comprometidas del plan de ausentismo del establecimiento a la fecha de corte})} * 100$$

Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento que cada establecimiento tiene respecto del total de actividades comprometidas en el Plan de Intervención para cada periodo. A nivel nacional la meta del Indicador N°1 es alcanzar un 80% de cumplimiento del Plan de Intervención.

Indicador N°2: Índice de Ausentismo

Razón entre,

$$\frac{(\text{T. de días de Ausent. por LMC del período} - \text{T. días de Ausent. por LMC de funcionarios excluidos})}{((\text{Prom. de Dot. efectiva} + \text{prom. de Reemplazos a la fecha de corte}) - (\text{dot. de funcionarios vigentes excluidos}))}$$

El Indicador N°2 calcula la cantidad de días promedio de Ausentismo Laboral. Considera la diferencia entre el total de días de Ausentismo por Licencias Médicas Curativas, rebajando el total de días generados por funcionarios regidos por leyes distintas a las señaladas en el alcance de este estudio y los divide por el promedio de la dotación efectiva de funcionarios y reemplazos vigentes a la fecha de corte, rebajados los funcionarios no regidos por las leyes mencionadas. A nivel nacional la meta fue fijada en 18 días promedio de Ausentismo por Licencia Médica Curativa.

Cada una de estas metas se evaluará en cuatro cortes anuales de tipo trimestral (Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre). Los medios de verificación en cada indicador serán los mismos para cada corte, variando sólo los valores de cumplimiento. En el caso del Índice de Implementación del Plan de Intervención se utilizará una plantilla consolidada diseñada por el MINSAL que contendrá el nivel de cumplimiento de los planes en cada uno de los establecimientos del Servicio.

Para poder contextualizar este estudio y ofrecer una visión general de la situación en que actualmente se encuentra el Ausentismo Laboral; como primera actividad, se recurrió a textos, revistas, informes e información web, que permitiera establecer una perspectiva global desde la que se desarrollará este estudio.

El segundo paso fue solicitar al Servicio de Salud Biobío, a través de formularios Web vía Transparencia Pasiva la información requerida:

- Índices mensuales de ausentismo por establecimiento de los años 2012, 2013 y 2014.
- Planes de intervención ejecutados durante el año 2014.
- Antecedentes respecto de la Metodología utilizada para la preparación de los Planes de intervención y de la evaluación de los mismos.
- Circulares, Resoluciones y otros documentos relacionados al Modelo establecido en la Norma Administrativa N° 22.

Se realizarán además dos reuniones presenciales, con la Jefa de la Unidad de Bienestar y con la Asistente Social, ambas del Dpto., de Relaciones Laborales y Calidad de Vida de la Subdirección de RR.HH. del Servicio de Salud Biobío.

Los datos suministrados serán ordenados en planillas Excel, cuadros de texto y otros. Con estos datos se realizarán análisis de tipo comparativo entre el Plan de Intervención implementado, los resultados obtenidos y los niveles o resultados esperados a nivel Nacional; se contrastarán los índices de ausentismo laboral entre los hospitales y su variación durante el período 2012-2014.

A partir de lo anterior se harán sugerencias y comentarios respecto de la efectividad que se ha tenido la aplicación del Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud que es, el motivo de este estudio.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Aproximaciones a los Servicios de Salud

En el año 1902 se creó, dentro del Ministerio del Interior, una sección que se encargaría de la higiene pública del país. Años más tarde, ya en 1953 y tras varias reestructuraciones y cambios al nombre de esta sección, pasa a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Posteriormente, en 1959, este ministerio es dividido, creándose en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N° 25 del mismo año, el Ministerio de Salud, cuya responsabilidad sería el realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Finalmente, en el año 1979 el Decreto Ley N° 2.763 del 3 de agosto de este año, reestructura al Ministerio de Salud, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud y estableciendo organismos dependientes como el Instituto de Salud Pública (ISP), El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y la Central de Abastecimiento⁷.

Actualmente encabezado por la Dra. Carmen Castillo Taucher tras la renuncia de la Dra. Helia Molina en diciembre de 2014, el Ministerio de Salud de Chile, también conocido por su acrónimo MINSAL, tiene por Objetivo General Coordinar, Mantener y Organizar la atención de la salud de los chilenos, vigilando el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas que este mismo desarrolla. Se subdivide en 2 subsecretarías; la de “Salud Pública” de la cual dependen todas las Secretarías Regionales Ministeriales y está encabezada por el Dr. Jaime Burrows Oyarzún, y la de “Redes Asistenciales” al mando de la Dra. Angélica Verdugo Sobral, de la cual dependen 29 Servicios de Salud en todo el país, administrando establecimientos de baja y mediana complejidad y tuición técnica de todos los establecimientos de dependencias municipal.

Para ello, el MINSAL anualmente determina los presupuestos del Sector Salud, en una negociación directa con la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda,

⁷ www.leychile.cl

los cuales posteriormente son aprobados por el parlamento chileno. Los fondos son transferidos por el FONASA, que actúa como el ente financiero del modelo a los distintos Servicios de Salud del país. Estos presupuestos cubren fundamentalmente, los gastos de los establecimientos de salud pertenecientes a los Servicios de Salud Pública. Los que otorgan actividades de salud pública y atención médica a la mayoría de la población, con énfasis en sus beneficiarios directos de la Ley N° 18.469⁸, grupo compuesto por trabajadores activos, ya sean dependientes o independientes que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

2.2 Cambios hacia las Nuevas Estrategias de Salud

A principios del siglo XXI, las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas, de salud mental y las enfermedades infecciosas, esto junto con los esfuerzos por profesionalizar el cuidado clínico, aumentar la cobertura de los programas de planificación familiar, y dotar de centros asistenciales y profesionales calificados a los lugares más recónditos de nuestra geografía, marcaron una pauta clara y consistente.

Este fenómeno de las Enfermedades Crónicas ponía en riesgo nuestro desarrollo y la posibilidad de cada cual de cumplir de la mejor manera su proyecto de vida, por lo que su control se transformó en una prioridad para el Estado.

Durante la década del 2001 al 2010 se gestionaron los objetivos de salud pública en una perspectiva nueva, definiendo un conjunto de metas para dicho período. El balance final de este esfuerzo no resultó del todo satisfactorio, en parte porque las metas planteadas fueron muy ambiciosas; también porque las condiciones de deterioro vinculadas a la adquisición de enfermedad crónica y sus condicionantes

⁸ Ley N° 18.469. Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

sociales han empeorado más rápido de lo que se había presupuestado y porque los aspectos preventivos que este plan contenía eran de muy difícil materialización.

El Ministerio de Salud emprendió entonces en Julio del año 2010 un desafío significativo, reunir la evidencia de la década anterior, convocar expertos, y aunar voluntades para diseñar una política pública para la década 2011 – 2020 que tuviera como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con encabezados por cuatro Objetivos Sanitarios. Estos cuatro Objetivos, además de nueve Objetivos estratégicos, 50 Metas de Impacto y 513 Indicadores compondrían la llamada Estrategia Nacional de Salud.

2.2.1 Estrategia Nacional de Salud

Es el eje de la política sanitaria nacional que aborda en forma sistémica los problemas de salud de chilenos y chilenas. Pone el énfasis en la promoción de la salud y en programas preventivos de enfermedades que afectan a la población a través de cuatro Objetivos Sanitarios: Mejorar la salud de la población, Disminuir las desigualdades en salud, Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud y Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

La metodología de planificación que utiliza el Plan Nacional corresponde a un modelo de Gestión Basada en Resultados, tomando como referente los planes estratégicos de la OMS⁹ 2008-2013 y de la OPS¹⁰ 2008-2012. El modelo considera el trabajo por áreas temáticas denominadas Objetivos Estratégicos (OE) y la selección de Resultado Esperados (RE).

Los Objetivos Estratégicos orientados y en concordancia con los Objetivos Sanitarios, abordan los diferentes temas que dicha estrategia pretende abarcar.

⁹ Organización Mundial de la Salud.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud.

En el OE 1 por ejemplo, se abordan tópicos relacionados con mantener los logros alcanzados en el control y eliminación de enfermedades transmisibles. También se considera Tuberculosis, VIH/SIDA e infecciones respiratorias agudas. El OE 2 en tanto, incluye metas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, asimismo, se aborda la discapacidad en la población general.

Sin embargo, es en el OE 7 en que se plantea fortalecer el sector salud, contemplando una meta sobre Recursos Humanos, eficiencia financiera, sistemas de información y la gestión de los Servicios de Salud, reconociendo implícitamente la importancia de este factor en el logro de buenos resultados que se traducirán finalmente en el éxito o fracaso de la Estrategia Nacional.

El plan nacional contempla un equilibrio entre la realidad global y las especificidades regionales y subregionales, a través del modelo de planificación con consecución de objetivos en cascada, es decir, iniciando con la planificación estratégica del nivel central para diez años, que luego se materializa en el desarrollo de planes regionales de salud que contemplan un trabajo conjunto entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de las Direcciones de Servicios de Salud de la región, así como la participación de los Departamentos de Salud Municipal. En este mismo contexto el gobierno ha planteado que cada Ministerio debe hacerla propia en su hoja de ruta. Es por lo tanto una estrategia intersectorial, integrada por agentes públicos como los Ministerios de Educación, SERNAM¹¹, Justicia, MDS¹² entre otros, y agentes privados como las Universidades.

2.3 Recursos Humanos para la Estrategia Nacional de Salud

En la producción de cualquier bien o servicio, la presencia del factor trabajo es fundamental. Dicho esto, la necesidad de prestar atención a la fuerza de trabajo no amerita mayor discusión. Sin embargo, en el sector salud, la necesidad de planificar y

¹¹ Servicio Nacional de la Mujer

¹² Ministerio de Desarrollo Social.

desarrollar políticas relacionadas con los recursos humanos se ha hecho evidente desde hace ya algunos años. Dussault y Dubois (2004) señalan tres argumentos que refuerzan esta idea: “1. más que en otros sectores, el alcance de los resultados esperados en salud (Metas Sanitarias), depende de su fuerza de trabajo; 2. el desarrollo de políticas de recursos humanos deficientes puede tener altos costos, no sólo en términos económicos sino, y más importante aún, en términos de la salud de las personas; 3. dan cuenta de una gran proporción del presupuesto asignado al sector”.

En “The World Health Report” (2006) se define a los trabajadores de la salud como ‘todas las personas cuya intención primaria es mejorar la salud’. Es así, como dentro de esta definición se incluye no sólo a los proveedores directos de servicios, médicos, enfermeras, etc., sino también a los directivos, administrativos y staff de apoyo contadores, directores, economistas, administrativos, choferes de ambulancia, etc.

En Chile, como en el mundo, ha surgido una creciente preocupación en torno a este recurso crucial para la producción de cuidados para la salud. Dicha preocupación no sólo se ve fundamentada en el déficit global de trabajadores en el sector, el cual, de acuerdo al mismo reporte antes citado (WHO, 2006) ascendería a 4,3 millones de doctores, enfermeras y matronas, sino en términos de los distintos y más desagregados problemas asociados a los recursos humanos para la salud. Es así, como incluso aquellos países que cuentan con una gran cantidad de trabajadores de la salud se ven enfrentados, de una forma u otra, a la necesidad de lidiar con políticas de salud enfocadas en los recursos humanos.

La ausencia o deficiencia de políticas explícitas en este ámbito amenaza el alcance de los objetivos de salud en la población, ya que la forma en que se manejan o gestionan los recursos humanos puede resultar en sí misma un importante obstaculizador o facilitador del éxito de las reformas en salud, (Buchan, 2004).

En el caso de la actual reforma de salud en Chile, cuyo objetivo principal es el

mejoramiento de la salud de la población, la propuesta del proceso considera un rediseño del sistema en todos sus componentes, incluyendo como uno de sus puntos el desarrollo y fortalecimiento del recurso humano.

2.3.1 Dotación de Recursos Humanos en Salud

La dotación de recursos humanos se puede caracterizar por aspectos cuantitativos y cualitativos. Los aspectos cuantitativos hacen referencia a la cantidad y distribución de los recursos, mientras que los cualitativos están dados por el tipo y competencias del recurso. Dichos aspectos están fuertemente determinados por el modelo de organización del sistema de salud. Esto incluye, en el rol asistencial, el conjunto de redes integradas con diferentes niveles de complejidad, basado en la estrategia de Atención Primaria con enfoque familiar y comunitario; y en el rol rector, la organización y gestión de la Autoridad Sanitaria.

La dotación de personal en el sector público de salud, alcanza una cifra cercana a las 123.000 personas. De las cuales 32% se desempeña en Atención Primaria municipal y 68% en atención secundaria y terciaria (Servicios de Salud). Existen cerca de 30.000 médicos en Chile (Banco Mundial y MINSAL, 2009) (Universo de 29.996 médicos de los cuales un 57,8% se ubica en la Región Metropolitana, 9.5% en la región de Valparaíso y 9.4% en la del Bio Bio, distribuyéndose el 23.3% restante en las demás regiones.). La gran mayoría (73%) se concentra en la zona central del país (V, VI, VII y RM), siendo su distribución de un médico por 471 habitantes en la zona central, en tanto que en la zona sur, alcanza a un médico por 851 habitantes (X, XI y XII). Entre un 43% y 48% de estos médicos trabaja en el sector público. En relación con las enfermeras profesionales, la distribución publica/privada bordea un porcentaje cercano al 52%, a favor del sector público¹³.

¹³ Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

2.3.2 Gasto en Recursos Humanos

Respecto al gasto en Recursos Humanos, las cifras demuestran un crecimiento significativo en los últimos años. Las remuneraciones de los trabajadores de la salud representan una gran proporción del presupuesto asignado al sector salud, según literatura internacional este porcentaje en el año 2008 fluctuaba entre 60 y 80% de los gastos de funcionamiento (Buchan, 2000; Martínez y Martineau, 1998). En el caso de Chile, el gasto en remuneraciones representaba al 2008 una importante proporción del gasto en salud, del orden del 60% en la atención ambulatoria y hospitalaria y más importante aún, del orden del 70% en la atención primaria municipalizada.

Desde el punto de vista del gasto, resulta evidente la importancia de los recursos humanos en salud. La necesidad de implementar políticas orientadas a la búsqueda de la eficiencia por parte de este factor, el monitoreo y evaluación de su rendimiento, ya sea en el sentido de producir más con el mismo gasto o de producir lo mismo con un gasto menor, constituye entonces un desafío sectorial.

En resumen, considerando la importancia que el Recurso Humano posee, la escases de funcionarios y el alto gasto que implica para el sector, se hace imprescindible que los establecimientos de salud dispongan condiciones laborales optimas, ya sea respecto de la infraestructura, de lo necesario para el desempeño de sus funciones, así como también de las posibilidades de crecimiento profesional y desarrollo de relaciones interpersonales, que permitan estos mantengan un nivel de satisfacción laboral que evite situaciones que contribuyan negativamente a la consecución y logro de las metas y finalmente al cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional del Salud.

2.4 Ausentismo Laboral

Un factor negativo y relevante dentro de cualquier Organización es el ausentismo laboral. Definido como “toda aquella ausencia o abandono del puesto de trabajo y de los deberes ajenos al mismo. Incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato de trabajo”¹⁴, el ausentismo laboral en nuestro país aún es un tema poco abordado.

Las personas que presentan algún problema de salud o padecen de alguna patología que implique realizar reposo parcial o total; en caso de que el Médico tratante así lo determine, harán uso de una Licencia Médica para justificar su ausentismo al trabajo. Si la persona cumple con ciertos requisitos y además realiza la correcta tramitación de la licencia médica, tendrá derecho al Subsidio por Incapacidad Laboral, subsidio especial cuya finalidad es que la persona mantenga sus ingresos por aquellos días que no los va a generar por encontrarse con reposo terapéutico debido a la prescripción de dicha Licencia Médica. Esta es una de las probables razones que contribuyen a que tengamos altos indicadores de ausentismo laboral en nuestro país, asociado a la presentación de licencias médicas, dada la facilidad que tienen los usuarios para obtener el pago de subsidios a raíz de estas. Henrekson Magnus & Persson Mats (2004) en su estudio realizado en Suecia afirmaron que “Cuando el sistema de seguro se hace más generoso, el número total de días de licencias médicas por enfermedad aumenta, y cuando el sistema se hace más austero, el número total de días de licencias médicas por enfermedad cae o disminuye”.

En nuestro país Francisco R. Mesa M. y Ana María Kaempffer R., 2004, realizaron un estudio en cuyo análisis de los datos del año 1999 ya se observaba que el subsidio por enfermedad común o curativa es el más relevante, debido a la cantidad de días utilizados que alcanzaba 26.600.801 días y por los montos financieros involucrados que ascendían a 233.900 (Miles \$).

¹⁴ Galindo, M (2008)- Diccionario de Economía Aplicada-Política Económica, economía mundial y Estructura Económica.

En esta misma dirección muy importante es el aporte realizado recientemente por Miranda H Gonzalo; Alvarado O, Sergio; Kaufman, Jay S. (2012) , quienes ponían en contexto la preocupación existente ante el creciente y explosivo aumento del gasto en subsidios de incapacidad laboral transitoria (Licencias médicas). Destacaban que entre los años 1991 y 2002, el gasto sólo en licencias médicas curativas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) creció en 195%, mientras que en el caso de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) el crecimiento era de un 73%. Este costo se habría debido un aumento del valor del día de licencia por aumento de los salarios, pero sobre todo, a un ascenso sostenido en las licencias médicas emitidas y al aumento de días de subsidio por cotizante.

Señalaba también que el año 1997 fueron pagadas 662.676 licencias por FONASA, cifra que en 2007 ascendió a 1.714.083. Ante este escenario surge la suspicacia por parte de las entidades fiscalizadoras y se demuestra que se está frente a un asunto complejo aun para el mismo sistema de protección sanitaria.

Otros factores que inciden y conllevan al ausentismo laboral a causa de una licencia médica, son los planteados por D'Souza, Rennie M.; Strazdins, Lyndall; Broom, Dorothy; Rodgers, Bryan & Berry, Helen L. (2006) quienes sostienen que “la ausencia a raíz de una enfermedad, es un indicador clave en la productividad laboral, del cual dependen en última instancia las economías, pues se ven afectados los costos por aumento de ausencia laboral asociados a pagos de subsidios por enfermedad y reemplazos del personal, además de los costos por sobrecargas y baja moral entre el personal que continua trabajando. Respecto a esto último, se pudo concluir que si las personas se enfrentan a condiciones laborales adversas o difíciles pueden reducir su productividad, contribuyendo a ausencias al trabajo más prolongadas; puede señalarse entonces, que la inseguridad laboral es un factor a considerar en el aumento del ausentismo laboral por enfermedad”.

Otros antecedentes son los que aportan Francisco R. Mesa M. y Ana María Kaempffer R., 2004, quienes concluyeron que los meses de mayor prevalencia de

licencias médicas curativas, resultaron ser los meses de julio, septiembre y octubre. Concentrándose en el mes de julio la mayor cantidad de estas. Es posible también afirmar que, prácticamente en todos los estudios, son las enfermedades respiratorias las que ocupan el primer lugar de prevalencia, seguidas de enfermedades; osteomusculares, traumatológicas y digestivas, lo cual marca un precedente desde el punto de vista epidemiológico y preventivo.

En Chile el ausentismo laboral es un 53% más alto que el promedio estimado por la OCDE¹⁵ para sus integrantes, de acuerdo a su ranking elaborado para el año 2012. Ejemplo de ello es el Sector Transportes que presenta los mayores niveles de ausentismo, alcanzando un 7% de ausentismo en promedio para el 2014, sólo por licencias médicas por enfermedad común, lo que equivale a 26 días anuales perdidos por cada empleado. Además, estos niveles son aún mayores para distintas épocas del año. Otros Sectores altamente afectados por el ausentismo laboral son Retail con 5,2%, Industria Financiera con 5% y Productiva, con 3,84%.

En este contexto las Instituciones Públicas de nuestro país, no han quedado ajenas a este fenómeno, que muy por el contrario en ellas es recurrente el uso y abuso de las licencias médicas, principalmente por las favorables condiciones de pago del subsidio por enfermedad, el cual es recuperado por la institución, percibiendo el funcionario su remuneración en forma íntegra.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud no queda fuera de este fenómeno, y en reiterados estudios de acuerdo a los resultados, son los trabajadores de esta área “Salud”, los indicados como el grupo de más altas tasas de ausentismo llegando el año 2014 a alcanzar el 21,3 días/año real y 16,58 días/año ajustado¹⁶. Debido a datos como estos el ausentismo laboral por licencias médicas curativas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud ha estado presente desde hace unos años como

¹⁵ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

¹⁶ Indicador calculado de acuerdo a la fórmula del Modelo que implemento la Norma Administrativa N°22.

compromiso de gestión, ocupando a los organismos en la contención o disminución de sus índices. No obstante este tema aún constituye un escenario preocupante para el sistema, toda vez que pese a los esfuerzos realizados aún se registran cifras que están por sobre las del sector público, afectando en términos de sobrecarga de trabajo al resto de los funcionarios, deteriorando la oferta de salud y calidad de la atención, provocando pérdidas económicas por la no recuperación de subsidios, entre los efectos más visibles.

Por esta razón, fue necesario que el Ministerio de Salud orientara y propusiera lineamientos rectores sobre materias técnicas, administrativas y financieras de modo que los Servicios de Salud adoptaran estrategias efectivas para el abordaje del ausentismo laboral a nivel local. Con ese objetivo se conformó por resolución la Norma General Administrativa N° 22, “Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud”, norma que regula la conformación de equipos de trabajo y su marco de funcionamiento para abordar la problemática de ausentismo por licencias médicas curativas en los establecimientos.

El objetivo general de esta norma es establecer lineamientos generales para operacionalizar un Modelo de ausentismo que permita fortalecer la gestión interna, especialmente en las áreas que afectan el ausentismo por licencias médicas curativas de su personal. Debiendo constituirse para su funcionamiento un equipo de trabajo ministerial para lograr la efectividad en la implementación de este modelo de gestión.

Son claves en el desarrollo de este modelo, los Dptos., de Recursos Humanos de los distintos Servicios de salud, a través de sus Dptos., de Calidad de Vida y sus Unidades respectivas, ya que a través de ellos se genera un acompañamiento al personal, orientado al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios.

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

Nuestro país muestra avances sanitarios que son actualmente reconocidos por todas las naciones. El uso eficiente de recursos ha permitido obtener indicadores satisfactorios con menor gasto por problema sanitario, esto pues, las políticas de salud han sido vistas por todos los gobiernos como un tema de Estado, con tareas a largo plazo, y estrategias coherentes para definir las metas a lograr.

Durante la década del 2001 al 2010 se gestionaron objetivos de salud pública en una perspectiva nueva, definiendo un conjunto de metas para dicho período. El balance final de este esfuerzo sin embargo, no resultó del todo satisfactorio, esto, entre otras causas, porque las metas planteadas fueron muy ambiciosas, las condiciones de deterioro vinculadas a la adquisición de enfermedad crónica y sus condicionantes sociales empeoraron más rápido de lo que se presupuestó y porque los aspectos preventivos que este plan contenía fueron de muy difícil materialización.

En este contexto, el Ministerio de Salud emprendió un significativo desafío. Reunir evidencia, convocar expertos, y aunar voluntades para diseñar una Estrategia Nacional de Salud (ENS) para la década 2011 – 2020, que tuviera como centro la producción de resultados concretos y medibles, que fijara objetivos y metas sanitarias, pero que también definiera un conjunto de acciones concretas que se hicieran cargo de las deficiencias y pusiera la salud y la calidad de vida de la población como eje orientador de las políticas.

Las acciones definidas en esta Estrategia Nacional, son entonces el marco referencial de todo el accionar en el área de la salud, constituyéndose también en la referencia para la elaboración de las políticas de Gestión del Recurso Humano presente en esta área.

3.1 Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020

El documento “Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”, indica que para su elaboración se consideró importantes insumos, como los Planes Estratégicos a Plazo Medio de la OMS (2008-2013) y OPS (2008-2012), esto pues, no solo por pertenecer a instituciones referentes en materia de salud regional y mundial, sino también porque planteaban un modelo de gestión basada en resultados, dando relevancia al componente estratégico para el logro de las metas sanitarias. Inspirando además la selección de los temas que servirían para conformar las 54 comisiones técnicas, y su agrupación por Objetivos Estratégicos. Fue además considerada la evaluación final del período de cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, como también el resultado de Foros Ciudadanos realizados durante 2009.

Es así entonces, como El gobierno a través de Comisiones Técnicas de trabajo diseñó una Estrategia Nacional de Salud o Metas 2011-2020: Elige Vivir Sano, que en su primer nivel se encuentra conformada por cuatro grandes Objetivos Sanitarios, que se presentan en la Figura N°1.

Figura N°1: Objetivos Sanitarios de la Década



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020

El logro de estos objetivos, se asoció a 9 Objetivos Estratégicos para los próximos 10 años, los cuales relacionados con las distintas materias que abarca el área sanitaria del país, desde resultados de salud asociados a enfermedades transmisibles y a crónicas no transmisibles, metas de salud intermediarias, otros relacionados a las inequidades en la distribución poblacional de los resultados de salud, y al medio ambiente e inocuidad de alimentos y algunos que si bien, no reflejan directamente un impacto sanitario, están estrechamente ligados al logro de los restantes Objetivos Estratégicos: el fortalecimiento del sector salud, la calidad de la atención que incluye satisfacción usuaria, y la preparación para emergencias, desastres y epidemias. Y que se detallan en la Tabla del Anexo N° 2.

Las Comisiones Técnicas desarrollaron cada uno de los temas específicos que se encuentran incorporados en alguno de los Objetivos Estratégicos. El trabajo por ellas realizado resultó en la elaboración de las 50 Metas Sanitarias propuestas para 2020, con sus respectivos 64 indicadores de impacto.

Para la consecución de las 50 Metas Sanitarias se seleccionaron estrategias, denominadas Resultados Esperados, medidas a través de 513 indicadores. Esta denominación obedece a que el desarrollo de estas estrategias corresponde al resultado que se espera del sector salud. Es decir, producto de una adecuada planificación y selección de estrategias, el logro de los Resultados Esperados del sector salud debería conducir al logro de las Metas Sanitarias. Por lo tanto, los Resultados Esperados que plantea la Estrategia Nacional de Salud son de exclusiva responsabilidad del sector, aun cuando las Metas Sanitarias comprometidas, al incluir la tendencia observada en el tiempo en cada indicador de impacto, corresponden a un compromiso a nivel país.

Para su efectiva implementación, la ENS requirió entre otras acciones de la elaboración de la adecuación regional 2011-2020, que contempla la adaptación de la estrategia a los niveles regionales, a través de un trabajo conjunto entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) y de las Direcciones de Servicios de Salud de la región, incluyendo la participación de los Departamentos y Corporaciones de Salud Municipal.

3.2 Servicio de Salud Biobío

El Decreto N°140 de fecha 24 de Septiembre de 2004, define el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Este, en su Capítulo I, referido a las Disposiciones Generales, establece en su Artículo 1° que; en adelante a los Servicios de Salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial a su cargo, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

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

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

El referido Decreto en su Artículo 3°, señala que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, en adelante "la Red", estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o

privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

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

3.3 Historia del Servicio de Salud Biobío

El Servicio de Salud Biobío, fue fundado el 03 de agosto del año 1979 a través del Decreto Ley N° 2.763/1979, que creó los Servicios Nacionales de Salud. El referido Decreto, en su Capítulo II, denominado “DE LOS SERVICIOS DE SALUD”, Título I, Artículo 16, estipula la creación de los Servicios de Salud y menciona a cada uno de ellos, destacando que sus funciones se centrarán en que coordinadamente tendrán a su cargo la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

El Servicio de Salud Biobío comenzó a funcionar en Agosto del año 1980. Su primer Director fue el Dr. Rafael Vera y su primera ubicación estuvo en la intersección de las calles Lautaro y Mendoza de la ciudad de Los Ángeles, Chile. Durante la gestión del Dr. Vera, se desarrolló el proceso de municipalización de la salud, periodo durante el cual se produjo el traspaso de la administración de los establecimientos de atención primaria (consultorios y postas) a las municipalidades. En esta etapa se realizó una intensa intervención en el sector rural a través del programa de "salud rural", el cual permitió implementar una gran cantidad de postas que mejoraron eficientemente la calidad de vida de los habitantes de los sectores rurales de la provincia.

El segundo director del Servicio de Salud Biobío fue el Dr. Pablo Murúa, cuyo breve periodo fue de continuación al proceso desarrollado en la década de los 80.

Con la llegada del régimen democrático arribó como director, el Dr. Jaspier Muñoz quien orienta la gestión del Servicio hacia la ampliación de cobertura, especialmente en la zona cordillerana, y la capacitación. Tras su periodo asume el Dr. Joel Arriagada, quien inicia el desarrollo de infraestructura de la red asistencial con la implementación del CDT.

El Dr. Néstor Iribarra será el encargado de conducir los destinos del Servicio de Salud Biobío desde el año 2002. Durante este periodo comienza la implementación del modelo de salud familiar en la atención primaria municipal, la reforma de la salud y la implementación del plan AUGE, además de la construcción de la segunda etapa del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz.

Desde el año 2006 asume la dirección del Servicio de Salud Biobío, Aldo Yáñez, el primer director no médico de la institución. Durante su gestión se desarrolla el proyecto de la normalización de la tercera etapa del Complejo Asistencial, el plan de incorporación de especialistas a este mismo recinto. También se realizan inversiones que permiten el desarrollo de infraestructura de alta calidad en la atención primaria municipal, y la implementación del modelo de salud familiar en los hospitales de menor complejidad.

El año 2010 un fuerte terremoto afecta las dependencias de la red asistencial provocando daños de importancia en el Complejo Asistencial de Los Ángeles y en el Hospital de Laja, sin embargo, la red continua su funcionamiento sin dejar de entregar la atención en salud durante todo el periodo.

A mediados del año 2011 asume como nuevo director titular, tras ganar el concurso del Servicio Civil, el Sr. Carlos Vera Bugueño, quien será el encargado de encabezar los destinos del Servicio de Salud Biobío hasta el año 2014. En este periodo se comenzaron a desarrollar proyectos emblemáticos como la reposición del Hospital de Laja, el cual llevaría el nombre del fallecido diputado Juan Lobos Krause, además de proyectos que están acercando la medicina de especialidades a las distintas comunas de la provincia.

En marzo de 2014, asume en calidad de Transitorio y Provisional la dirección de la institución la Dra. Marta Caro Andía, quien luego de ganar el concurso del Servicio Civil asume en diciembre de ese mismo año la titularidad del Servicio de Salud Biobío.

3.4 Plan Estratégico del Servicio de Salud Biobío

Para el periodo 2013 – 2015, el Servicio de Salud Biobío actualizó su Plan Estratégico, definiendo una nueva misión y visión institucional, que fuera fácil de recordar y de orientar a los funcionarios de la Dirección del Servicio a seguirla y trabajar por ella todos los días. Esta definición fue aprobada por Resolución Exenta N°1510/29.04.2013 y forma parte de los documentos que instruyen al personal en su accionar. Estos aspectos son los que se presentan en los puntos siguientes.

3.4.1 Visión Servicio de Salud Biobío

"Ser un Gestor de Redes, certificado en Calidad".

3.4.2 Misión Servicio de Salud Biobío

"Contribuimos a mejorar la salud de la provincia de Biobío, gestionando la red asistencial".

3.4.3 Valores Servicio de Salud Biobío

- Compromiso
- Respeto
- Excelencia
- Responsabilidad
- Honestidad

3.4.4 Lineamientos Estratégicos Generales

- Desarrollo de modelos de excelencia de calidad en los procesos.
- Desarrollo del RRHH.
- Enfoque basado en un perfil epidemiológico.
- Gestión participativa con equipos de salud e intersectoriales.
- Desarrollo armónico de los recursos de la institución.
- Incorporar la diversidad cultural en el desarrollo de la red.
- Satisfacción usuaria.
- Comunicaciones como herramienta de gestión.
- Gestión del riesgo frente a desastres y emergencias.

3.4.5 Estrategias del Ministerio de Salud

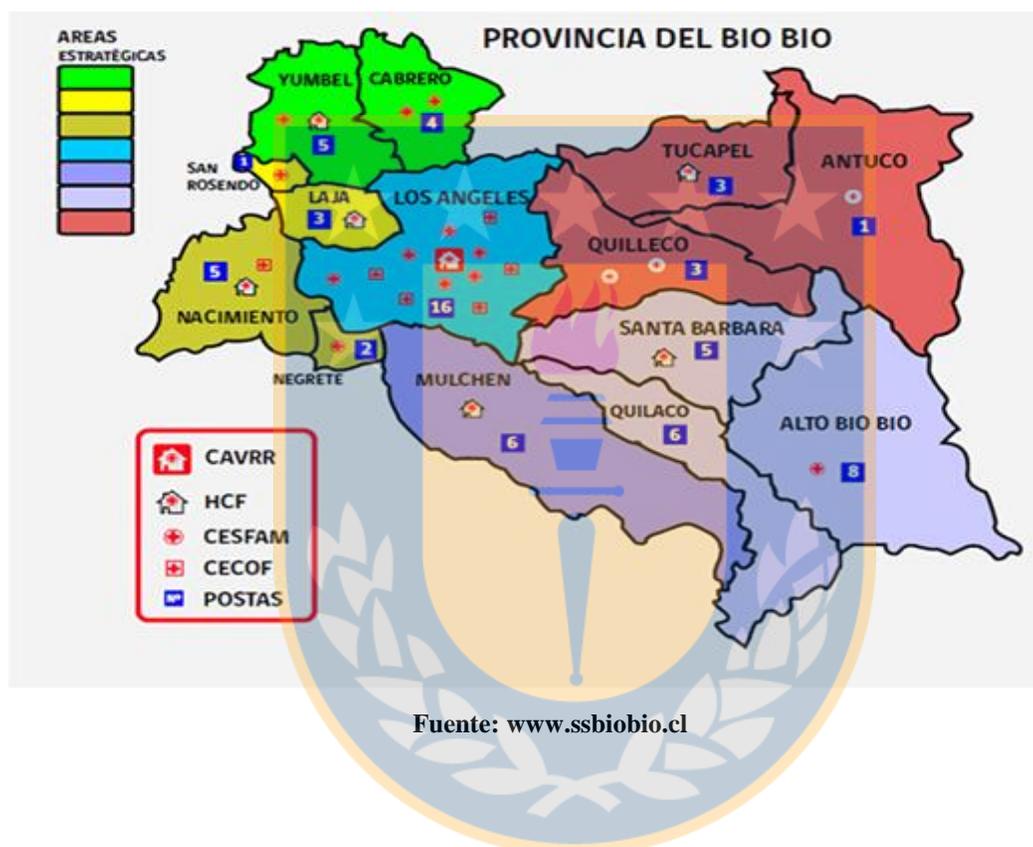
- Sustentabilidad Financiera
- Eficiencia Operacional
- Gestión Clínica
- Excelencia de la Atención

3.5 Red de atención del Servicio de Salud Biobío

El Servicio de Salud Biobío definió organizar la red de salud de las comunas de la Provincia de Biobío en 7 áreas estratégicas, que se muestran en la Figura N°2 de la página siguiente, lo cual obedece a la necesidad de cumplir con lo señalado, en cuanto a articular la red asistencial de su territorio. Además de lograr el objetivo que

persigue una integración eficaz de la Red Asistencial, y que es cumplir con los objetivos del sistema de salud: Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas, mejorar la satisfacción de los usuarios y velar por el uso racional de los recursos.

Figura N°2: Áreas Estratégicas de la provincia de Biobío



En su Artículo 4°, el Decreto Supremo N° 140/2004, establece que la Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

La Red asistencial de la Provincia de Biobío está conformada por establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de la Ley N° 19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

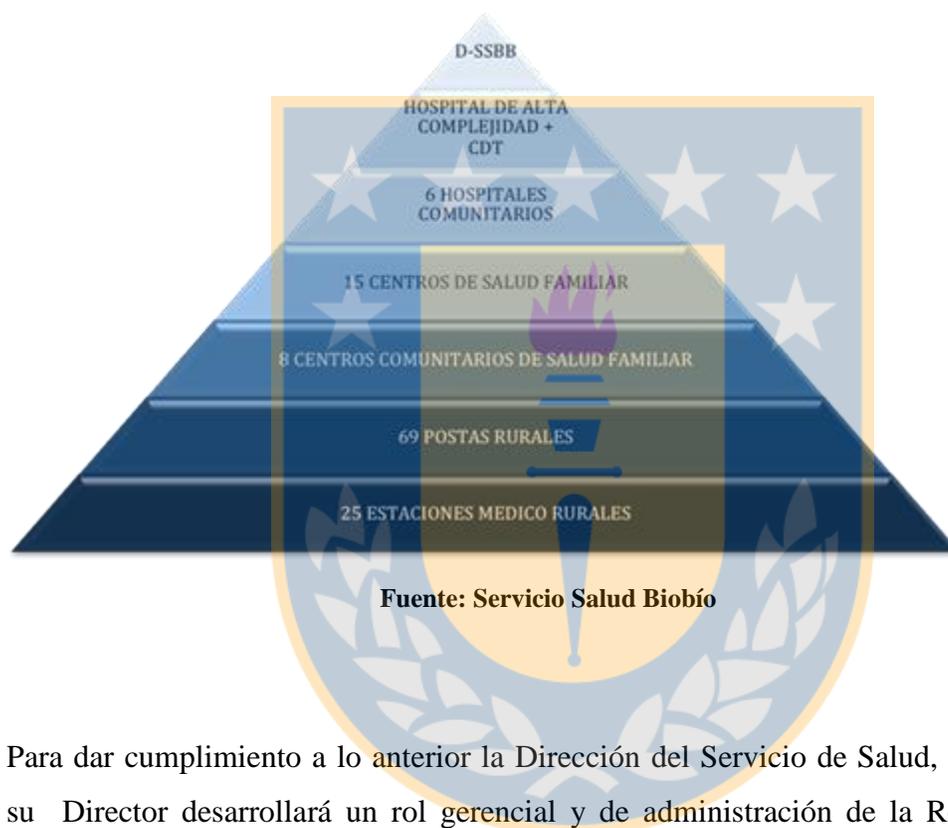
En este contexto entonces, encontramos que los Establecimientos públicos que forman parte de la Red de salud de la Provincia de Biobío, están distribuidos de acuerdo a sus distintos niveles de atención y complejidad en cuanto a su accionar, sean estos de administración municipal o de administración directa de la Dirección del Servicio de Salud, tal como se muestra en la Figura N°3 de la página siguiente.

Dentro de los Establecimientos de administración municipal encontramos: Estaciones Médico Rurales, Postas de Salud Rural, Centros Comunitarios de Salud Familiar y Centros de Salud familiar, entre los Establecimientos de administración del Servicio de Salud Biobío, encontramos: Hospitales Comunitarios, llamados de la Familia y la Comunidad los cuales se constituyen como centros de referencia de las áreas estratégicas de los establecimientos municipales, ubicados estos en las comunas de Nacimiento, Mulchén, Santa Bárbara, Huepil, Yumbel y Laja; Además del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, establecimiento de Alta Complejidad que cuenta con su Consultorio Adosado de Especialidades de atención ambulatoria CDT el cual es centro de referencia de los hospitales comunitarios.

La red de Establecimientos de diferentes niveles de atención, a través de sus mecanismos de interconexión, interrelacionados por una serie de protocolos validados, que permiten la referencia y contra referencia entre establecimientos públicos y privados y de redes de apoyo familiar y social, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, permiten brindar un servicio

de atención de salud a los usuarios de la Provincia de Biobío y a todo aquel usuario que por necesidad requiera atenciones de salud en dichos establecimientos, asegurando la continuidad de la atención.

Figura N°3: Pirámide de la Red Asistencial de la Provincia de Biobío



Para dar cumplimiento a lo anterior la Dirección del Servicio de Salud, a través de su Director desarrollará un rol gerencial y de administración de la Red, lo cual implica realizar un trabajo coordinado del cual formen parte cada uno de los Establecimientos que la integran. Esto se representa gráficamente en la Figura N°4.

Figura N°4 : Mapa de Flujo Sector Público-Privado



Fuente: Servicio de Salud Biobío.

Respecto del señalado Director del Servicio, el Art.6 del Decreto Supremo N° 140/2004 señala que este será designado y evaluado conforme al Sistema de Alta Dirección Pública, establecido en el Título VI de la Ley N° 19.882. Este será el jefe superior del Servicio para todos los efectos legales y administrativos y tendrá su representación judicial y extrajudicial.

Le corresponderá: “La Organización, Planificación, Coordinación, Evaluación y Control de las acciones de salud que presten los Establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las Políticas, Normas, Planes y Programas del Ministerio de Salud”, Art.7 del mismo

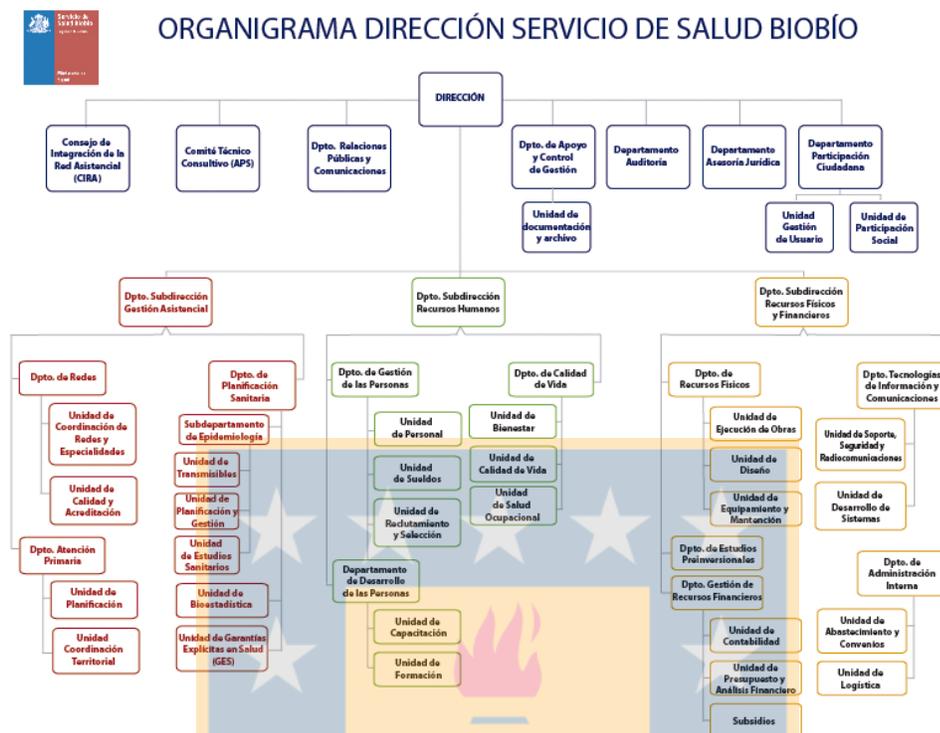
Decreto. Además de velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud

Por su parte en el Art.8 del ya señalado Decreto se establece que sin perjuicio de lo dispuesto en la ley respecto de los Establecimientos de Autogestión en Red y de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, y de las atribuciones que le asignen otras leyes y reglamentos, para el desempeño de sus funciones, el Director tendrá otras facultades y obligaciones tales como:

- Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial, como asimismo, coordinar, asesorar, controlar y evaluar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos de la Red del Servicio;
- Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los Establecimientos de Autogestión en Red y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red.

En esta misma línea el Decreto 140/2004, en el punto II. a), referido al orden administrativo establece que es función del Director “Organizar la estructura interna de la Dirección del Servicio y de sus establecimientos dependientes, asignar los cometidos y tareas a sus dependencias”. Atendiendo esta indicación es que el Servicio de Salud de Biobío, ha definido una estructura en la cual se representan departamentos que son Staff del Director y 3 subdirecciones con sus respectivos departamentos y unidades, esto se formaliza de acuerdo a la Resolución Exenta N° 698/04.02.2014, que modifica la Resolución Exenta N° 3752/30.12.2010 y que define la estructura interna de la Dirección del Servicio de Salud Biobío, la cual se muestra en la siguiente figura:

Figura N°5: Organigrama del Servicio de Salud Biobío



Fuente: <http://www.ssbiobio.cl/organigrama.html>

3.6 Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío.

Entre los Establecimientos de administración del Servicio de Salud Biobío, encontramos Los Hospitales tipo 4 o de baja complejidad, que a partir de la reforma de salud, establecida en la Ley N°19.937 del año 2004, adquieren su actual denominación “Hospitales de la Familia y la Comunidad”, integrándose a la estrategia de “atención primaria” y asumiendo con esto la responsabilidad del cuidado integral de la salud de la población de un territorio determinado.

Un Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), está definido según el Marco Referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad, Serie Cuadernos de Redes N°20 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales como “un establecimiento que forma parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la

prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro, más allá de la definición político administrativa de los municipios.

Estos establecimientos también forman parte de la Red asistencial de los territorios y por tanto están disponibles con sus recursos, en forma solidaria, para el resto de la red asistencial y del mismo modo cuentan con los recursos de ésta para los casos que superen su capacidad resolutive instalada. En tal sentido también constituyen un puente de desarrollo del Modelo de Atención Integral y Comunitario para todos los establecimientos de la red asistencial.

Bajo la administración del Servicio de Salud Biobío se encuentran los Hospitales de la Familia y la comunidad de Mulchén, Nacimiento, Santa Bárbara, Huelpil, Laja y Yumbel.

Datos respecto de los sectores en que se divide su atención, dotación con la que cuentan, población aproximada que atienden y camas con que cuentan para ello, además de otros datos, son los que se resumen en la Tabla N°1.

Tabla N°1: Resumen Antecedentes por Hospital

HFC	SECTORES	DOTACION	POBLACION	N° CAMAS	OTROS
MULCHEN	9	250	4.838	87	Cuenta con un Centro Comunitario de Rehabilitación y Centro Comunitario de Salud Familiar. Cuenta con una Ruca, denominada “Centro de Sanación del Alma Moluche”, en el cual brinda atención una Machi.
YUMBEL	3	145	12.069	53	Entrega atención de salud a los usuarios de las comunas de Yumbel y Cabrero
HUEPIL	2	117	8.560	26	Se desarrollan preferentemente las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento ambulatorio y recuperación de la salud.
LAJA	6	138	15.555	50	Responsables de la salud de los 23.000 habitantes de la Comuna, los más de 3.700 vecinos de la Comuna de San Rosendo y de personas que laboran en eventuales faenas de construcción y mantención en la ciudad de Laja alcanzando a un total cercano a 30.000 personas.
SANTA BARBARA	4	156	8.184	39	Poseen una Unidad Estratégica compuesta de 18 postas, 1 CESFAM, 1 CES y un Hospital de la Familia y Comunidad.
NACIMIENTO	7	171	22.600	57	Posee además, dos Centro Comunitario de Salud Familiar, Lautaro y Julio Hemmelmann, inmersos en medio de las comunidades del sector industrial y el sector El Pinar respectivamente.

Fuente: Elaboración Propia

El eje fundamental de estos centros hospitalarios es asumir la responsabilidad del cuidado integral de la salud de la población de su territorio, contribuir tanto a la continuidad del cuidado en la red asistencial y al desarrollo social de las comunidades integrantes de esta Red. Su accionar responde al “modelo de atención” integral, familiar y comunitario, basado en los “principios del enfoque biopsicosocial y sistémico.” Es decir, implica que los hospitales, no sólo atienden la parte física de la persona, sino que también tratan el aspecto emocional (del entorno del usuario) y el cómo estos factores influyen en su salud.

3.7 Modelo de Salud Familiar

Los Hospitales de la Familia y la Comunidad, basan y desarrollan su trabajo en el nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, ello implica que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa de que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Destacar que el Modelo de atención integral, releva como foco de atención la familia, ya que esta, influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros. Así mismo la situación de salud de cada miembro influye al sistema en su conjunto.

La continuidad del cuidado es una aspiración de las personas y se constituye en uno de los principios relevantes del enfoque centrado en la familia. La atención personalizada y mantenida a lo largo del tiempo, permite un conocimiento

acumulativo de las personas y familias a cargo, desarrollo de vínculos y un compromiso profundo entre los integrantes del equipo de salud y su población.

Se establece una relación equipo-comunidad que enfatiza una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno. La comunidad es parte del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes.

3.7.1 Características del modelo de salud familiar

- Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y la comunidad.
- Continuidad de la atención y de los cuidados de salud.
- Prestación de servicios integrados.
- Resolutividad.
- Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes.
- Participación social.
- Promoción de Salud.
- Interculturalidad.
- Impacto sanitario.
- Enfoque de Género.

3.8 Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruíz”

3.8.1 Antecedentes Históricos

En 1867 se inició la actividad hospitalaria en la ciudad de Los Ángeles, tras la fundación del Hospital de Caridad patrocinado por la Municipalidad y que, en aquellos años, sólo contaba con 2 salas, una para hombres y otra para mujeres.

Para el año 1876, este Hospital de caridad es bautizado como "San Sebastián" y 7 años después, pasa a depender de la junta de beneficencia de la ciudad, quienes

acuerdan crear el "Lazareto" dedicado a la atención de las personas más desposeídas de la zona.

A fines del siglo XIX, el establecimiento contaba con una dotación de 80 camas y 2 médicos, los Doctores Manuel Ramírez y Carlos Munita.

Con la llegada del siglo XX, el Hospital se encontraba con sus capacidades al límite, debido al aumento en la población y a las complejidades de las patologías. A ello se sumó el desastre provocado por el terremoto de 1939, que afectó al sur del país y a las dependencias del Hospital, que resultaron severamente dañadas.

Esta situación, llevo a la Sociedad Médica de Los Ángeles en julio de 1943, a solicitar a la junta de beneficencia la construcción de un Hospital moderno y adecuado a los requerimientos de la población, el que se inauguró 10 años más tarde, en 1953, con una superficie total construida superior a los 15.000 m².

Esta infraestructura ha albergado por más de 50 años al Hospital Base de Los Ángeles y a fines del año 2008 fue demolida para dar inicio a la tercera y última etapa de Normalización, que comenzó el año 2000, con la inauguración del Centro de Diagnóstico Terapéutico, CDT, donde se invirtieron más de 5 mil millones de pesos y se construyeron cerca de 8 mil 500 metros cuadrados.

La segunda etapa de Normalización, en tanto, contempló la construcción de más de 12 mil metros cuadrados y se invirtieron otros 10 mil millones de pesos. En este edificio, se instaló la Unidad de Emergencia, se implementaron nuevas camas críticas, 25 para adultos y 25 para niños en las Unidades de Pacientes Críticos, se habilitaron en el cuarto y quinto piso las nuevas salas para el Servicio de Ginecología y Obstetricia, que atiende más de 4 mil 200 partos al año y se trasladaron los Servicio de Cirugía y Especialidades Quirúrgicas con una infraestructura hotelera de primer nivel. Además de las Unidades de Apoyo de Esterilización y Pabellón.

En la tercera y última etapa de la Normalización, se invirtieron cerca de 20 mil millones de pesos y se construyen otros 20 mil metros cuadrados, que albergarán Servicios como Medicina, Pensionado y Pediatría, y Unidades de Apoyo como Laboratorio, Medicina Transfusional, Medicina Física y Rehabilitación y Dental, entre otros.

Éste será el proyecto más complejo y ambicioso en términos de espacios y funcionamiento, llegando a sumar en total cerca de 70 mil metros cuadrados.

Respecto del Recurso Humano, el crecimiento de este ha sido acorde a las necesidades de las nuevas instalaciones y nuevas prestaciones que el Complejo Asistencial entrega. Llegando a contar al año 2014 con 2217 funcionarios. La Tabla N°2 que se presenta a continuación, resume como ha sido este aumento progresivo desde el año 2010 al año 2014.

Tabla N°2: Planta Funcionarios CADVRR

LEY	PLANTA	2010	2011	2012	2013	2014
LEY 18.834	Directivos	9	9	9	2	7
	Profesionales	304	338	383	460	604
	Técnicos	491	528	623	660	858
	Administrativos	132	135	148	161	166
	Auxiliares	117	114	149	177	173
LEY 19.664	Médicos	227	270	245	268	281
LEY 15.076	Médicos	92	110	113	114	128
TOTALES		1372	1504	1670	1842	2217

Fuente: Cuenta Pública 2015 CADVRR. Gestión año 2014.

3.9 Compromiso de Gestión

Como herramienta de Control de Gestión existente desde hace más de 20 años. Su objetivo es Evaluar la Gestión del Servicio de Salud en su conjunto:

- Dirección de Servicios de Salud.
- Hospitales.
- Atención Primaria en Salud.

Los Compromisos de Gestión (COMGES) poseen su sustento legal en el DFL 1, el cual autoriza al Ministerio de Salud para implementar instrumentos y/o estrategias para mejorar la gestión de los Servicios de Salud y en la Ley N° 19.882, la cual Regula nueva Política de Personal a los Funcionarios Públicos, establece la suscripción de un Convenio de Desempeño, tanto para los Directivos de I y II Nivel Jerárquico, cuyo contenido deberá reflejar las prioridades fijadas por la autoridad respectiva (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y el aporte clave que ésta hará a la institución, para conducirla a un estado de mayor calidad, eficacia y eficiencia.

Aún considerando que existen particularidades regionales, las metas son definidas a nivel nacional y deben entregar una mirada país. Las diferencias regionales sin embargo, implican diferencias en las estrategias utilizadas para el logro de las metas.

El Servicio de Salud Biobío, por supuesto no queda fuera de esta estrategia, por lo que año a año y dentro del contexto ya descrito, debe preparar sus Compromisos de Gestión los que con las estrategias adecuadas para cada unidad busca alcanzar las metas determinadas por el MINSAL. Dentro de estos compromisos encontramos aquellos enfocados en el bienestar de los funcionarios que se desempeñan en el SSBB y sus hospitales; esto bajo la convicción de que para el logro de los Objetivos Estratégicos y finalmente las Metas Sanitarias, se requiere contar con equipos de salud comprometidos y motivados, en ambientes laborales saludables y participativos.

Uno de los principales factores que contribuyen negativamente al logro de los objetivos es el Ausentismo Laboral, motivo por el cual su control es uno de los varios Compromisos de Gestión (CG N°28 año 2014) que año a año el MINSAL incorpora en el COMGES y que los Servicios de Salud adquieren, incorporando técnicas para la medición de su índice e implementando planes de acción para disminuir este indicador.

Para el año 2014, el SSBB consideró en este compromiso la gestión de las cuatro unidades con mayor índice de Ausentismo Laboral en el año 2013, estas fueron: Dirección SS, CADVRR, Hospital de Yumbel y Hospital de Laja, se elaboraron y controlaron Planes de Intervención sólo para estas unidades. A partir de la información entregada por el Servicio de Salud Biobío, se presentan en las siguientes tablas, los índices de Ausentismo de cada Institución para los años 2012, 2013 y 2014.

3.10 Ausentismo Laboral

El ausentismo laboral es toda aquella ausencia o abandono del puesto de trabajo. Incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato de trabajo. Puede también ser definido como toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo.

3.10.1 Tipos de Ausentismo Laboral

Existen diversos tipos de ausentismo:

- **Ausentismo previsible y justificado:** Es aquel que puede ser controlado porque la empresa está informada previamente de la ausencia (permisos legales retribuidos, enfermedades comunes con baja de incapacidad laboral transitoria, accidentes de trabajo con baja laboral, permisos no retribuidos para asuntos personales).

- **Ausentismo no previsible y sin justificación:** Que suponen una falta o abandono del puesto de trabajo sin autorización de la empresa.
- **Ausentismo presencial:** Es aquella forma de ausentismo en la que el empleado acude a su trabajo, pero dedica una parte del tiempo a tareas que no son propias de la actividad laboral.

El ausentismo es una de las cuestiones que más preocupan a las empresas por los problemas organizativos que suscita y los costos que genera.

Según el ranking para el año 2012 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los países que forman parte de esta, tienen un promedio de ausentismo laboral de 11 días al año por trabajador, donde Chile tiene un promedio de 15,6 días.

Según un estudio de Inmune¹⁷, Chile aparece con un índice de ausentismo anual de 16,8 días por trabajador, cifra un 53% más alta que el promedio que estima la OCDE para sus integrantes.

Se estima que el costo para una empresa, de un trabajador con licencia médica equivale al menos al 50% de su sueldo, considerando costos directos e indirectos como sobredotación, acumulación de vacaciones y antigüedad, horas extras, capacitación de reemplazantes, baja productividad, daño en equipos, gasto en uniformes, etc.

3.10.2 Ausentismo Laboral en el sector Salud

Ya en el 2004 los índices de ausentismo laboral más altos se encontraron en el sector hospitalario: la tasa de incapacidad fue de 14,3 días por trabajador, la tasa de frecuencia de 1,3 licencia médica curativa anual.

¹⁷ WWW.INMUNE.CL

Al año 2008, los trabajadores del sector público tenían alrededor de 20 días /año de ausencia. En salud en tanto, el ausentismo para este mismo año era el más alto de todas las carteras, con un promedio de 2,2 días hábiles mensuales, lo que implica un total de 26,4 días/año por Licencias Médicas Curativas. A partir del año 2010 se implementó el seguimiento del indicador, disminuyendo levente el índice, alcanzando este mismo año 21,6 días/año; presentando en 2011 nuevamente una leve baja que alcanzo 19,2 días/año¹⁸. A contar del año 2012 se implementó el Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral cuya efectividad y resultados se expondrán en este estudio más adelante.



¹⁸ Depto. Relaciones Laborales Calidad de Vida, DigeDep /subsecretaria de redes asistenciales, MINSAL.

CAPÍTULO 4: EL RECURSO HUMANO COMO FACTOR PRIMORDIAL

El Recurso Humano de una institución o una empresa son todas aquellas personas con las que cuenta la organización, están compuestos por las capacidades, conocimientos y destrezas que puede aportar cada trabajador y que pueden desarrollarse de modo individual o como parte de un equipo de trabajo. Este tipo de recursos es el que da identidad a la organización, ya que es el que forma la cultura de la empresa a través de factores como el tipo de comunicación y la motivación existentes.

Los recursos humanos en salud constituyen el componente central y de mayor asignación de recursos en los sistemas de salud (cerca del 60% del presupuesto del SSBB es destinado a sueldos) y un apoyo crucial para una implementación exitosa de las reformas sanitarias. Sin embargo, su gestión ha sido un tema reciente en cuanto a relacionarla al éxito o fracaso de las reformas.

Chile definió su modelo de atención, como un sistema basado en redes integradas de salud, con enfoque familiar y comunitario, orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad.

En este contexto, y dada la naturaleza social de la función que desempeñan los funcionarios del sector público de salud, que en muchas oportunidades deben desplegar el máximo compromiso, capacidades y energía para implementar este modelo, requiriendo de la contribución de equipos multiprofesionales motivados, complementarios entre sus diferentes perfiles de competencias, es que el MINSAL elaboró a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el año 2012 las “Políticas de Recursos Humanos de Salud” que entregan a estos, sentido, direccionamiento y orientación hacia la consecución de los Objetivos Sanitarios y la satisfacción usuaria. En este mismo sentido el Servicio de Salud Biobío aprueba en la

Resolución Exenta N° 000239, de fecha 20.01.2014, del Director del SS.BB, Políticas de Recursos Humanos para el Servicio de Salud Biobío.

La implementación exitosa de esta política es un factor fundamental para el logro de las Metas Sanitarias de la Década 2011-2020.

4.1 Políticas de Recursos Humanos de Salud

En el marco del proceso de formulación de Objetivos Sanitarios y Estrategia Nacional de Salud para la década 2011- 2020, el Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de elaborar una Política de Recursos Humanos que oriente el que hacer sectorial en esta área y viabilice los objetivos sanitarios enunciados

Con la colaboración de la Organización Panamericana de Salud (OPS) se realizó un trabajo de reflexión sobre los ejes de esta Política a objeto que sean consistentes y catalizadores de una propuesta de transformación del sistema de salud que lo haga sustentable, que mejore la calidad de la atención y la satisfacción de la población.

En esta perspectiva esta Política busca contribuir al desarrollo de estrategias de acción orientadas a anticipar y prevenir los problemas de salud, propiciar las condiciones sanitarias necesarias para la ciudadanía, fortalecer el primer nivel de atención y reordenar las relaciones y flujos de los distintos niveles y recursos especializados del sector salud, promoviendo un efectivo trabajo en red entre sus distintos organismos.

Se desarrollaron entonces, políticas específicas para el sector salud considerando aspectos asociados a los estilos de gestión y a la administración del ciclo de vida laboral del personal sanitario del SNSS, distinguiéndose los siguientes ámbitos:

- Políticas de Planificación de RHS.
- Políticas de Incorporación del Personal Sanitario.
- Políticas de Gestión del Desempeño.
- Políticas de Desarrollo de los RHS.
- Políticas de Relaciones Laborales.
- Políticas de Mantenimiento y Retención.

Cada uno de estos ámbitos se desarrolla con políticas específicas que se presentan y detallan en el Anexo N°3 de esta Tesis.

4.2 Departamento de Calidad de vida del Servicio de Salud Biobío

Lo hasta ahora expuesto, deja entre ver la gran importancia y lo trascendental que es el factor Recurso Humano a la hora de querer alcanzar los objetivos de la organización.

Promover las políticas, programas y acciones tendientes a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo del bienestar biopsicosocial de los funcionarios del Servicio de Salud Biobío, así como la gestión del cuidado medioambiental, prevención ante emergencias y el trabajo sano y seguro de los mismos es el Objetivo General del Departamento de Calidad de Vida, además de otros 14 Objetivos Específicos que orientan su accionar y que se detallan en el Anexo N°4 de esta investigación.

El Departamento está constituido por siete profesionales, tres administrativos, un auxiliar y una secretaria, todos ellos contratados por una jornada semanal de 44 horas y que se distribuyen según se presenta en la Tabla N°3 de la página siguiente.

Tabla N°3: Detalle distribución Equipo de Calidad de Vida

Estamento	Departamento (Jefe Dpto. y Secretaria)		Unidad Bienestar		Unidad Calidad de Vida		Unidad Salud Ocupacional	
	N°	Horas	N°	Horas	N°	Horas	N°	Horas
Profesional	1	44	2	88	1	44	3	120
Administrativo	1	44	2	88	1	44		
Auxiliar			1	44				

Fuente: Elaborada por Departamento de Calidad de Vida

Algunas de las funciones generales del Dpto. Calidad de Vida son:

- Organizar, planificar, controlar y supervisar el funcionamiento de las unidades de Bienestar, Salud Ocupacional y Calidad de Vida.
- Proponer y desarrollar políticas en materias de Calidad de Vida, Bienestar, Emergencias, Gestión Ambiental y Salud Ocupacional.
- Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales, apoyando los lineamientos de la Subdirección de RRHH en el mejoramiento de la calidad de vida laboral de los funcionarios.

4.3 Programa de Calidad de Vida

Es un Programa de Trabajo dirigido y orientado por la Unidad de Calidad de Vida hacia los funcionarios(as) del Servicio de Salud Biobío de los siguientes establecimientos:

- Hospital de Yumbel.
- Hospital de Laja.
- Hospital de Santa Bárbara.
- Hospital de Nacimiento.
- Hospital Mulchén.

- Hospital Huelpil.
- Dirección del Servicio de Salud.

Está orientado principalmente a asesorar, programar y ejecutar acciones permanentes que fomenten el bienestar de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos del Servicio; para contribuir al mejoramiento gradual de las condiciones ambientales y clima laboral de los funcionarios y propender a la mejora de la calidad de vida laboral, desarrollando actividades a través de la promoción de Salud, prevención y fortalecimiento Institucional.

4.4 Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)

En el proceso de constante mejora y preocupación por una gestión más cercana al Recurso Humano, el Ministerio de Salud creó el Portal SIRH. Este es un sistema de información de RH, cuya finalidad es la informatización de los procesos de apoyo a la gestión de este recurso, además de ser un permanente y efectivo canal de comunicación entre la Unidad encargada de la gestión del proyecto SIRH y todos los usuarios del sistema, proporcionando a través de este, asistencia técnica a quienes lo visiten.

Además de lo anterior, debe gestionar y disponer información centralizada, oportuna y confiable contenida en el sistema, para contribuir en el análisis, planificación y gestión del recurso humano del sector salud facilitando la toma de decisiones de las autoridades ministeriales y organismos externos.

La administración del Proyecto SIRH tal como se muestra en la figura N°6, está radicada en la Unidad de Gestión de la Información y depende en línea directa del Departamento de Planificación de Recursos Humanos y Control de Gestión del MINSAL. Su rol fundamental es gestionar eficientemente el Proyecto SIRH y los recursos asociados a éste, liderando su implementación en todos los organismos participantes.

Figura N°6: Administración Proyecto SIRH



CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo, se recogen y presentan los datos y antecedentes recopilados para esta investigación, consolidando y analizando los principales resultados obtenidos de la aplicación del Modelo de Ausentismo Laboral implementado por la Norma Administrativa N°22 del Ministerio de Salud.

En primer lugar, se realizarán descripciones respecto de antecedentes y algunos aspectos observados en el Análisis y Evaluación de los Planes de Intervención; presentando en tablas, los datos relevantes para la investigación obtenidos de este proceso.

En segundo Lugar se presentaran tablas y gráficos con los principales Índices de Ausentismo Laboral, los cuales permitirán Evaluar el comportamiento de estos entre los años estudiados en esta Tesis.

Luego, se encontrará una propuesta de Plan de Intervención para los HFC que dado sus Índices de Ausentismo no están incorporados al Compromiso de Gestión 2014 y que podrían ser ejecutados en caso de que este indicador tuviera alguna variación negativa para el objetivo de gestión y estos establecimientos vieran la necesidad de integrarse a los HFC adscritos al COMGES de los años siguientes.

Los Resultados presentados en este capítulo, además del Análisis de estos, serán utilizados para la elaboración de un Informe Ejecutivo que consolide la información existente.

Finalmente, se encontrarán las Conclusiones que surgen de esta investigación; respecto de la implementación del modelo, de las fortalezas y debilidades que este posee y que se observaron en la investigación; y de los resultados obtenidos respecto

de los objetivos planteados en esta Tesis.

5.1 Del Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral

En el transcurso del año 2012 comienza la puesta en marcha de la Norma Administrativa N°22 en el Servicio de Salud Biobío, “Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral”. Con poco conocimiento y vagas orientaciones recibidas desde el MINSAL y la Subsecretaria de Redes Asistenciales, se le entrega al Departamento de Calidad de vida, dependiente de la Subdirección de Recursos Humanos, la tarea de la difusión, implementación, mantención y control de la señalada norma.

Se reunieron entonces, el encargado del departamento de Calidad de Vida del Servicio de Salud, con los encargados de la Unidad de Calidad de Vida del Complejo Asistencial y de los seis Hospitales de la Familia y la Comunidad, instruyendo a cada uno de ellos los pasos a seguir para aplicar la norma en su establecimiento.

Cada uno de los establecimientos implementó la norma de acuerdo a las bases entregadas desde el Ministerio, constituyendo por Resolución Exenta los Comités de Ausentismo Local. Estos comités tuvieron como primera tarea la elaboración del Plan de Intervención que aplicarían en su establecimiento y posteriormente el seguimiento a la ejecución de los mismos.

5.2 De los Planes de Intervención Desarrollados

Con base en antecedentes e índices de años anteriores, el Servicio de Salud Biobío decidió incorporar al Compromiso de Gestión 2014 (COMGES 2014), sólo cuatro de los ocho establecimientos bajo su dependencia, estos fueron el Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruiz, los Hospitales de la Familia y la Comunidad de Yumbel y Laja, además de la Dirección del Servicio. Cada uno de ellos elaboró para este año su respectivo Plan de Intervención, aprobados por resolución exenta. En el caso particular de Yumbel por Resolución Exenta N°118 del 3 de Abril de 2014.

Cada uno de estos planes contiene cuatro objetivos bases determinados por la Comisión Ministerial de Ausentismo, además de aquellos objetivos que la Comisión Local de Ausentismo de cada establecimiento considerase necesarios de acuerdo a su situación. Cada uno de estos objetivos fue desarrollado a través de acciones a realizar, determinándose una meta para la acción, un responsable y un plazo para ser desarrollada.

Para el adecuado seguimiento y evaluación los compromisos anuales de gestión se evalúan trimestralmente (cortes) en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, siendo la meta para este último corte, un 96% de cumplimiento.

Los Planes de intervención en cuanto al Ausentismo Laboral, que se están ejecutando en la Dirección, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y Los Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío y que se encuentran incorporados en el Compromiso de Gestión (COMGES) están elaborados en base a cuatro objetivos específicos establecidos por el MINSAL. A su vez, cada uno de estos objetivos es desarrollado mediante la ejecución de actividades orientadas a cada uno de ellos. Detalle de esto, se presenta a continuación:

Objetivo N°1: Fortalecer el trabajo de la Comisión de Ausentismo.

Actividades:

- Elaboración y Aprobación por Resolución del respectivo Plan de Intervención. Se consideraron para esto estrategias de acción de control del ausentismo que pudiesen lograr una disminución de los índices del mismo. Estas estrategias fueron elegidas considerando entre otros aspectos diagnósticos internos que dieron cuenta de la realidad local de cada Establecimiento, teniendo siempre presente en su desarrollo los lineamientos ministeriales y centrales. Todos los Establecimientos dieron cumplimiento en un 100% a esta actividad, en los plazos establecidos.

- Capacitaciones de aspectos normativos y jurisprudencia vinculadas al ausentismo laboral. Estas capacitaciones fueron realizadas con el propósito de fortalecer las competencias de cada uno de los integrantes de los Comités respectivos. En este sentido, el Comité Central de Ausentismo, ofreció capacitaciones, orientadas a difundir temas como, “Ausentismo Laboral, aspectos legales y jurisprudencia en materia de ausentismo y pensiones”, “Capacitación Normativa 22” entre otras, realizadas en el segundo semestre del año 2012, 2013 y 2014. Dirigidas a los integrantes de los Comités de Ausentismo locales, en general se contó con la asistencia de más del 80% de los convocados. A aquellos que no pudieron asistir a esta capacitación se les compartió el material de estudio.
- Capacitaciones en materias de prevención y promoción de la salud. Cada establecimiento definió los temas a capacitar en un trabajo conjunto realizado por el Comité de Ausentismo y el comité bipartito de capacitación, incluyéndose estas actividades en el Programa Anual de Capacitación (PAC) de cada Establecimiento. Orientadas totalmente a la salud de sus funcionarios, en la mayoría de los establecimientos las capacitaciones fueron de fortalecimiento de “Estilos de vida saludable” y “Antitabaquismo”.

Objetivo N°2: Definir estrategias que fomenten la salud física y mental de los funcionarios.

Actividades:

- Coordinación y Gestión para que los funcionarios de todos los establecimientos del Servicio de Salud se realicen el Examen de medicina preventiva (EMP) de acuerdo a estrategias de prevención y promoción de la Salud. En los Establecimientos se realizó el procedimiento que ello involucra, siendo prioridad aquellos funcionarios que en el periodo anterior habían

registrado resultados alterados, en cuanto a patologías detectadas con más frecuencia tales como, hipertensión arterial, diabetes mellitus y colesterol principalmente.

- Talleres de autocuidado. Orientadas a que sean los mismos funcionarios quienes se preocupen de su salud física y mental. En este sentido algunos Establecimientos realizaron talleres de autoexamen de mamas, prevención cáncer de próstata y terapias complementarias. Destacar en cuanto a ello que la concurrencia a estas actividades es muy baja.

Objetivo N°3: Asumir un rol activo en la intervención del Ausentismo Laboral por licencia médica curativa.

Actividades:

- Coordinación del trabajo con las Unidades de Comités Paritarios de Higiene y Seguridad (CPHS). Con el propósito de involucrar a los diferentes actores que en su rol, trabajan en el mejoramiento de las condiciones laborales del personal. Respecto de esta actividad es posible señalar que en algunos establecimientos no se dio cumplimiento a la cantidad de reuniones programadas para coordinar tal trabajo.
- Actividades de pausa saludable, buscando promover el autocuidado mediante la aplicación de ejercicios orientados al trabajo. Existen Monitores que realizan las pausas activas o saludables en los establecimientos, sin embargo, el interés de los funcionarios de asistir o participar de ellas es muy bajo, pues en la mayoría de los casos se considera una distracción innecesaria. Esta actividad no fue cumplida por la Dirección del Servicio de Salud Biobío, por ende no dio cumplimiento a la totalidad de las actividades programadas (trece)

para el periodo dentro de su Plan de intervención.

- Actividades orientadas a determinar el N° de funcionarios que se encuentren en lista de espera para hora de especialistas e intervenciones, con el fin de establecer un sistema que asegure la atención a los funcionarios. La efectiva realización de esta actividad es relevante, ya que permite optimizar los tiempos de espera de un funcionario, lo cual conlleva a concretizar una hora en menores tiempos, sea para control con especialista o para intervención quirúrgica, lo cual genera un impacto en la calidad de vida del funcionario y su familia, sin embargo respecto de algunas especialidades, en las cuales la demanda es muy elevada y la oferta disponible muy baja, se debe esperar, ya que a pesar de las gestiones no es posible lo antes señalado.

Objetivo N°4: Apoyar y acompañar a los funcionarios afectados en su salud física y/o mental.

Actividades:

- Visitas domiciliarias a funcionarios con licencias médicas prolongadas. Tienen por objetivo acompañarlos y apoyarlos en el proceso de recuperación de su salud. Los Comités de Ausentismo de los distintos Establecimientos, realizan visitas de acompañamiento a funcionarios con licencia médica curativas superiores a 45 días, estas son realizadas por el equipo y en ellas se busca indagar y detectar problemáticas existentes, con el fin de gestionar las problemáticas detectadas y brindar los apoyos necesarios a los funcionarios para colaborar en su recuperación física y/o mental.
- Asambleas informativas. Dirigidas a los funcionarios, tienen por objetivo poner en conocimiento del personal, la situación respecto de la gestión del ausentismo laboral que se desarrolla en el establecimiento, así como también de los resultados que se van obteniendo. Cada establecimiento programa la

cantidad de reuniones que considera necesarias, en general la mayoría se llevan a cabo, pero no con la asistencia de funcionarios esperada. Es recurrente entre los establecimientos que este tipo de actividades sean las que no se realicen, pues, es complejo conseguir una fecha que acomode a todos o al menos a la mayoría de los funcionarios para contar con la asistencia esperada.

En el mismo contexto de las actividades contenidas en los Planes de Intervención, se puede señalar la necesidad de que el diagnóstico realizado al momento de proponer cada una de ellas, se sustente en datos concretos como los obtenidos de una encuesta aplicada a los funcionarios, datos de ausentismo de periodos anteriores y cualquier otro antecedente que permita mayor asertividad respecto de las acciones a incorporar en el plan, lo que pudiese traducirse en una mayor impacto de estas en los resultados.

Sería importante también la elaboración de algún mecanismo que permita medir la efectividad que tiene una actividad respecto de otra, de modo de potenciar aquellas que generan un mayor impacto en la disminución o control de los Índices de Ausentismo de cada establecimiento.

Es propicio fortalecer la difusión entre los funcionarios de los distintos establecimientos en cuanto a la existencia y contenido de los Planes de Intervención que se han aprobado y se están ejecutando, ello con el fin de que conozcan las actividades del plan y además como una instancia para concientizarlos hacia el correcto uso de la licencia médica.

5.3 De la Evaluación a la Ejecución de los Planes de Intervención

Respecto a la ejecución de los Planes de Intervención en los establecimientos adscritos al COMGES 2014, a marzo del mismo año (primer corte), se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N°4: Resultados Planes de Intervención COMGES 2014, primer corte

ESTABLECIMIENTO	N° ACTIVIDADES PROGRAMADAS	N° ACTIVIDADES EJECUTADAS	% DE CUMPLIMIENTO
DIRECCION SS	1	1	100%
YUMBEL	8	8	100%
LAJA	4	4	100%
CAVRR	5	4	80%
TOTAL % CUMPLIMIENTO SERVICIO			95%

Fuente: Servicio de Salud Biobío.

A Diciembre de 2014 (cuarto corte), la ejecución de los Planes de Intervención alcanzó los siguientes resultados:

Tabla N°5: Resultados Planes de Intervención COMGES 2014, cuarto corte

ESTABLECIMIENTO	N° ACTIVIDADES PROGRAMADAS	N° ACTIVIDADES EJECUTADAS	% DE CUMPLIMIENTO
DIRECCION SS	13	12	92%
YUMBEL	13	13	100%
LAJA	12	11	92%
CAVRR	14	14	100%
TOTAL % CUMPLIMIENTO SERVICIO			96%

Fuente: Servicio de Salud Biobío.

Al evaluar el comportamiento de los Planes de Intervención, en lo que a su ejecución se refiere es posible señalar que en general su cumplimiento está acorde a la meta establecida en el Compromiso de Gestión para el cuarto corte de este año (96%) y por sobre la meta fijada a nivel nacional (80%). En el primer corte, tres de los cuatro establecimientos lograron ejecutar un 100% de la actividades programadas en sus planes, siendo el CADVRR el que solo ejecuto 4 de las 5 actividades comprometidas para este periodo, logrando a nivel individual un 80% de ejecución; debido a esto para este trimestre el cumplimiento del Servicio de Salud Biobío alcanzo un 95%. En el último corte realizado el año 2014, tanto el Hospital de Yumbel como el CADVRR alcanzaron un 100% de ejecución a nivel individual, sin embargo a nivel global el Servicio de Salud Biobío alcanzó para este último trimestre un 96% de cumplimiento, esto pues, la Dirección del Servicio y el Hospital de Laja tuvieron un logro del 92% de cumplimiento individual.

Estos porcentajes se logran y se pueden mantener o mejorar en la medida que cada establecimiento respete las fechas fijadas para cada actividad comprometida o al menos la realice dentro del mismo mes en que se estableció inicialmente, ya sean reuniones del comité local, capacitaciones al personal, visitas domiciliarias, entre otras. Se observó que sin embargo es frecuente la postergación de las actividades ante situaciones inesperadas.

Cada una de las actividades ejecutadas es respaldada por documentos como, actas, listas de asistencia, resoluciones, etc. No obstante no existe una herramienta que permita evaluar la efectividad y el impacto que cada una de ellas tiene sobre los índices de Ausentismo Laboral.

5.4 De los Índices de Ausentismo Laboral

Para los años 2012- 2013 y 2014, los Índices anuales de Ausentismo (días/año) para

el Servicio de Salud Biobío fueron los siguientes:

Tabla N°6: Índices de Ausentismo anual SSBB, años 2012-2013 y 2014

ESTABLECIMIENTO	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014
SERVICIO DE SALUD BIOBIO	18	17,3	16,1

Fuente: Elaboración propia.

Para estos mismos años, los índices anuales de Ausentismo (días/año) para cada uno de los establecimientos que dependen de este Servicio de Salud alcanzaron los siguientes valores:

Tabla N°7: Índices de Ausentismo anual años 2012-2013-2014

ESTABLECIMIENTO	2012	2013	2014
DIRECCION DE SERVICIO	7.3	7.8	7.6
CADVRR	20.3	19.9	17.4
H. STA. BARBARA	13.9	10.8	16.3
H. NACTO	13.7	13.2	17.9
H. LAJA	20.3	21	19.4
H. MULCHEN	14	14.1	13.9
H. YUMBEL	21.6	19.3	17.3
H. HUEPIL	20.7	10.2	9.2

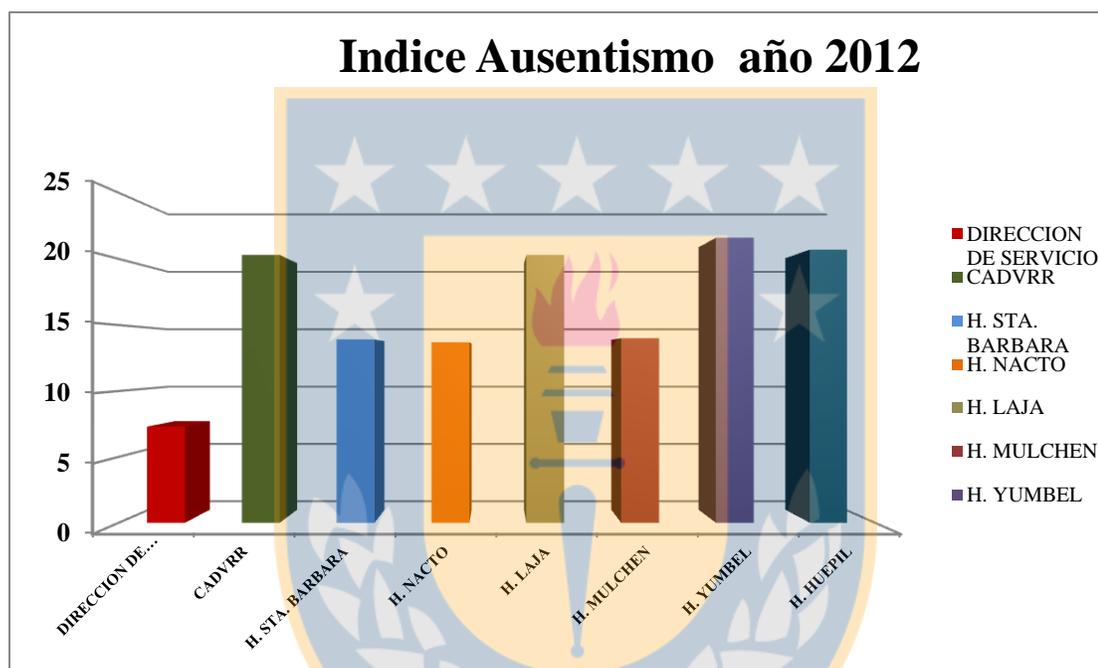
Fuente: Elaboración propia

Cada establecimiento informa mensualmente sus índices de Ausentismo al Servicio de Salud Biobío y estos son registrados. A nivel central son utilizados para el cálculo de indicadores globales y para la evaluación del cumplimiento de metas. A nivel local en cambio, es decir, en cada establecimiento, no se ha implementado ninguna herramienta interna que de uso a estos índices y que permita aprovechar estos datos en informes que retroalimenten la Gestión de cada Establecimiento.

5.4.1 Gráficos Índices de Ausentismo

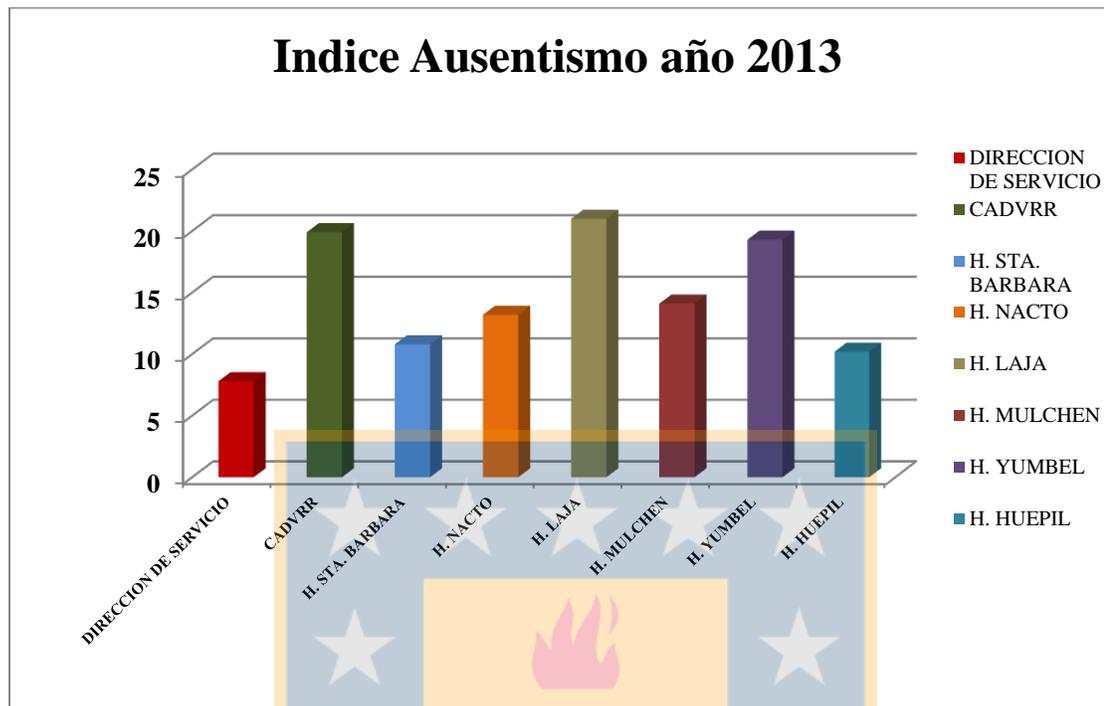
Con la información entregada por el Servicio de Salud Biobío se presentan además a continuación, el Gráfico N°1, Gráfico N°2 y Gráfico N°3; que respectivamente muestran, los índices de Ausentismo (días/año) alcanzados en el año 2012; 2013 y 2014 en cada uno de los establecimientos.

Gráfico N°1: Índice Ausentismo (días/año) periodo 2012



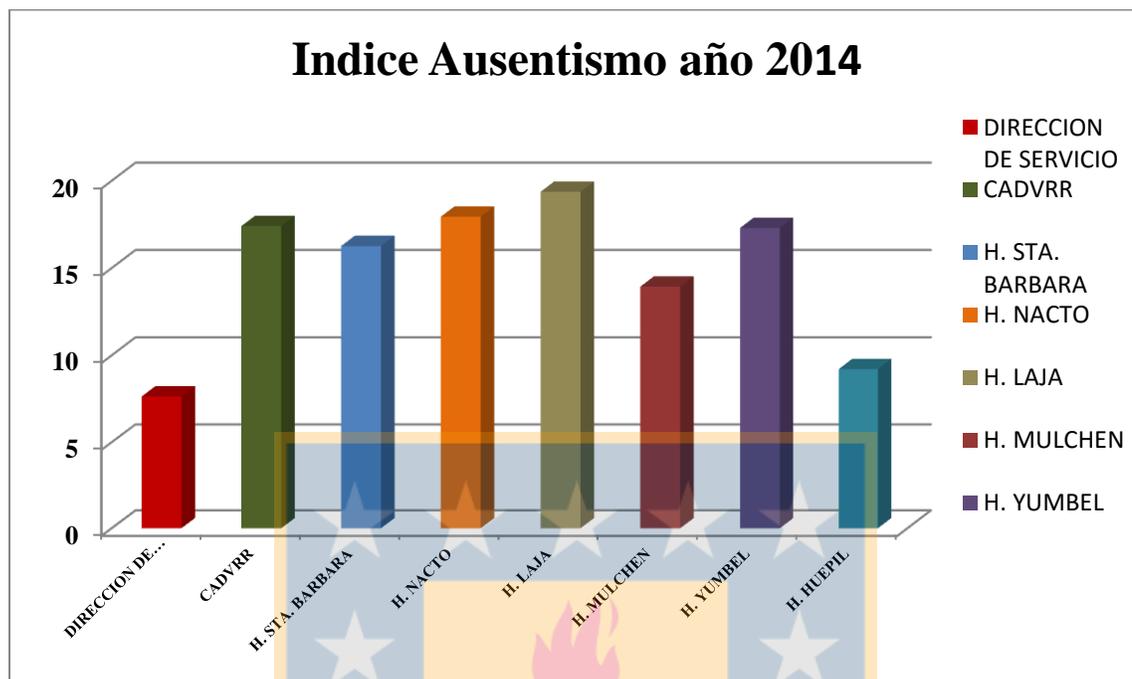
Para el primer año en que se comenzó a trabajar con el Modelo de Gestión del Ausentismo, esto es el año 2012, el establecimiento que tenía mayor índice anual de Ausentismo (días/año) era el HFC de Yumbel con 21,6 días/año, le seguían muy de cerca el HFC de Huepil con 20,7 días/año y el HFC de Laja y el Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruiz (CADVRR) con 20,3 días/año, luego con mejores índices se encontraban el HFC de Mulchén, el HFC de Nacimiento y HFC de Santa Bárbara con 14; 13,7 y 13,9 días/año respectivamente. El establecimiento con más bajo índice para este periodo era la Dirección del Servicio con 7,3 días/año.

Gráfico N°2: Índice Ausentismo (días/año) periodo 2013



El año 2013 tras un año de aplicación de la Norma los resultados de esta fueron favorables para un 62,5% de los establecimientos ya que cinco de estos lograron disminuir sus índices de ausentismo, estos fueron los HFC de Santa Bárbara, Nacimiento, Yumbel y Huepil, quienes alcanzaron 10,8; 3,2; 19,3 y 10,2 respectivamente; además del CADVRR disminuyó a 19,9 días/año. En el 37,5% de los establecimientos experimentaron muy leves aumentos en sus índices, estos fueron los HFC de Laja con 21 días/año lo que significó un aumento de sólo 0,7 días/año. En tanto el HFC de Mulchén aumento su indicador en 0,1 días/año, llegando a 14,1 días/año, finalmente la Dirección del Servicio alcanzó 7,8 días/año, lo que implicó un aumento de sólo 0,5 días/año. Respecto de este es destacable lo conseguido por el HFC de Huepil, que en comparación a al año anterior disminuyó su indicador en 10,2 días/año, lo que equivale a reducir su índice en un 50,72%.

Gráfico N°3: Índice Ausentismo (días/año) periodo 2014



Sólo considerando el resultado del año anterior, para el año 2014 se incorporaron al COMGES del mismo periodo, los tres establecimientos con mayores índices de ausentismo, además de la Dirección del Servicio, estos fueron el CADVRR y los HFC de Laja y Yumbel. Respecto de estos establecimientos se consideran los resultados para la evaluación del logro del compromiso adquirido. De los índices obtenidos este año cabe destacar que los cuatro establecimientos presentaron resultados favorables, resaltando el CADVRR que alcanzó una disminución de 2,5 días/año; le sigue el HFC de Yumbel que disminuyó su índice en 2 días/año; el HFC de Laja y la Dirección del Servicio disminuyeron en 1,6 y 0,2 días/año respectivamente.

Los resultados son informados a los funcionarios una vez al año mediante asambleas ampliadas en cada establecimiento, en la cual miembros del equipo central, dan a conocer el índice de ausentismo laboral por establecimiento, Unidad, etc., lo que ha

generado un alto impacto en la población funcionaria, existiendo participación masiva a este tipo de asambleas, siendo una buena instancia para aclarar dudas en relación a temas atinentes.

Con mayor detalle se puede revisar el comportamiento de los indicadores en cada establecimiento y para los años 2012, 2013 y 2014 en los gráficos y tablas del Anexo N°5.

5.5 Propuesta Plan de Intervención para Hospitales fuera de COMGES 2014

En concordancia a la Norma General Administrativa N° 22, “Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud” y con las Orientaciones Técnicas y Metodológicas dadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se elaboró una propuesta de Plan de Intervención a ejecutar en cada uno de los Hospitales no adscritos al Compromiso de Gestión del año 2014 del Servicio de Salud Biobío. Estos son los HFC de Huepil, Mulchén, Nacimiento y Santa Bárbara.

5.5.1 Plan de Intervención Estandarizado

5.5.1.1 Objetivo General

Fortalecer la gestión interna del Comité Local de ausentismo del Hospital de la Familia y la Comunidad, para lograr una intervención efectiva en los factores que repercuten negativamente en la permanencia de los funcionarios y, por lo tanto, aumentan su ausentismo, especialmente por Licencia Médica Curativa.

5.5.1.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer el trabajo realizado por la Unidad de Calidad de Vida Local a través de la conformación mantención del equipo de Salud del personal y comité de ausentismo laboral.

- Definir estrategias que fomenten la salud física y mental de los funcionarios.
- Mantener espacios de autocuidado y desarrollo de habilidades interpersonales para los funcionarios, que permitan mejorar el clima laboral en los diferentes equipos de trabajo.
- Asumir un rol activo en la intervención del Ausentismo Laboral por licencia médica curativa.
- Apoyar y acompañar a los funcionarios afectados en su salud física y/o mental.

5.5.1.3 Integración básica del Comité Local

En los Establecimientos el Comité deberá estar constituido a lo menos por los siguientes funcionarios:

- Subdirector Médico.
- Subdirector de Recursos Humanos/ Jefe de Personal.
- 1 representante gremial de los estamentos técnico, administrativo y auxiliar de mayor representatividad.
- 1 representante gremial de los estamentos profesional y directivo, de mayor representatividad.
- Encargado/s de Calidad de Vida y Relaciones Laborales/ Salud Ocupacional.
- Asistente Social del Personal.

El equipo descrito anteriormente, debe buscar el logro del Objetivo General planteado, mediante el desarrollo de un conjunto de acciones orientadas a fortalecer los distintos aspectos que inciden negativamente en el Ausentismo Laboral.

A continuación se presenta una propuesta de Plan de Intervención Estandarizado, ofreciéndose como base para cualquier establecimiento que por necesidad o prevención desee aplicar el Modelo de Gestión del Ausentismo. Este plan cuenta con

actividades definidas a Nivel Central y otras definidas a Nivel Local, siendo las segundas, opcionales y modificables de acuerdo a la necesidad interna de cada establecimiento; para cada actividad se establece un propósito, una meta, un medio para verificar resultados y la periodicidad con que cada actividad debiera llevarse a cabo.

5.5.1.4 Propuesta Plan de Intervención Estandarizado

Actividades establecidas desde el Nivel Central

Objetivo específico N° 1: “Fortalecer el trabajo de la Comisión de Auentismo”.

ACTIVIDAD	PROPOSITO	META	MEDIO DE VERIFICACION	PERIODICIDAD
Definir plan de intervención	Definir estrategias de acción del ausentismo basado en un diagnóstico que dé cuenta de la realidad local, teniendo presente los lineamientos ministeriales y centrales.	Contar con un plan de acción formalizado por resolución	Resolución del plan	30 de marzo de cada año
Realizar capacitación de aspectos normativos y jurisprudencia vinculadas al ausentismo laboral	Fortalecer las competencias de los integrantes de la comisión	El 100% de los funcionarios integrantes de la comisión local cuentan con al menos una actividad certificada por la unidad de	Nómina de asistencia	30 de Mayo de cada año

		capacitación respectiva		
Reuniones periódicas del comité de ausentismo local	Mantener el trabajo continuo y dinámico que favorezca la retroalimentación dentro del comité	Realizar a lo menos una reunión durante el trimestre	Acta de reunión	Trimestral

Objetivo específico N° 2: “Definir estrategias que fomenten la salud física y mental de los funcionarios”.

ACTIVIDAD	PROPOSITO	META	MEDIO DE VERIFICACION	PERIODICIDAD
Gestionar resultados del EMPA del año	Establecer estrategias de intervención preventivas y de promoción de la salud, en función de los resultados del EMPA del año	Intervenir a lo menos las 2 patologías más recurrentes	Informe que dé cuenta de los factores a intervenir, fundamentado en los resultados del EMPA del año, incluye análisis estadísticos y gráficos respectivos.	Junio y Diciembre de cada año
Realizar capacitación en materias de prevención y promoción de la salud a definir por el establecimiento	Coordinar con comité bipartito de capacitación la realización de actividades de promoción y prevención de la salud incluida en el PAC.	Realizar a lo menos 1 actividad vinculada al PAC	Lista de asistencia y programa de la capacitación	Tercer corte: Septiembre de cada año
Participación de funcionarios del establecimiento en “Olimpiadas provinciales de Salud”	Fomentar el bienestar físico y mental por medio de actividades deportivas	Participación del Hospital en las Olimpiadas Provinciales de Salud	Resolución de Olimpiadas emitida por Servicio de Salud	Cuarto corte: diciembre de cada año

Objetivo específico N° 3: “Asumir un rol activo en la intervención del Ausentismo Laboral por licencia médica curativa”.

ACTIVIDAD	PROPOSITO	META	MEDIO DE VERIFICACION	PERIODICIDAD
Coordinar trabajo con las Unidades de PRSO y CPHS	Involucrar a los diferentes actores que en su rol, trabajan en el mejoramiento de las condiciones laborales del personal	Realizar a lo menos 4 reuniones de coordinación y definir un plan de trabajo conjunto	Actas de reuniones	Cortes de Junio, Septiembre y Diciembre de cada año
Realizar actividades de pausa saludable	Promover el autocuidado mediante la aplicación de ejercicios orientados al trabajo	Realizar al menos 1 pausa saludable a la semana en: SOME, Central de alimentación, Hospitalización, Administrativos.	Nómina de asistencia	Cortes de Junio, Septiembre y Diciembre de cada año
Reunión ampliada con funcionarios para informar índice de ausentismo local	Sensibilizar a los funcionarios respecto del índice de ausentismo local en relación a la meta destacando la importancia del autocuidado y responsabilidad en la salud personal	Realizar a lo menos 1 reunión ampliada en el semestre	Acta de consejo ampliado y lista de asistencia	Cortes de Junio y Diciembre de cada año

Objetivo específico N° 4: “Apoyar y acompañar a los funcionarios afectados en su salud física y/o mental”.

ACTIVIDAD	PROPOSITO	META	MEDIO DE VERIFICACION	PERIODICIDAD
Realizar visitas domiciliarias a funcionarios con licencias médicas prolongadas	Acompañar a los funcionarios afectados en su salud	Visitar al 100% de los funcionarios con más de 15 días de ausentismo por LMC continuos.	Informe de visita	Mensual a contar del segundo trimestre de cada año
Gestionar las problemáticas detectadas en las visitas domiciliarias	Dar respuesta a los problemas que se detecten en las visitas domiciliarias.	Resolver al menos el 75% de los problemas que se detecten en las visitas domiciliarias	Evaluación plan de intervención	Trimestral a contar del segundo trimestre de cada año
Consolidar mensualmente la información de los funcionarios con enfermedades no gestionables y posibles casos de salud irrecuperable o incompatible	Identificar al universo de funcionarios con LMC del Establecimiento que padecen enfermedades no gestionables y posibles casos de salud irrecuperable o incompatible, a fin de definir estrategias para su tratamiento.	Categorizar el 100% de las LMC, en los siguientes aspectos: a) Funcionarios que padecen enfermedades no gestionables b) Posibles casos de salud irrecuperable o incompatible.	Correo electrónico a referente COMGES del Servicio de Salud, con nomina consolidada de funcionarios que padecen enfermedades no gestionables y posibles casos de salud irrecuperable o incompatible, de acuerdo a formato COMGES.	Trimestral obligatorio (de acuerdo a calendario COMGES) y mensual en la medida que se sumen nuevos casos.
Identificación y derivación de funcionarios con IC de exámenes, procedimientos u otros pendientes	Gestionar la oportuna resolución de las problemáticas de salud identificadas	Derivación de planilla de funcionarios con IC pendientes a Referente Calidad de Vida	Planilla mensual enviada a referente de Calidad de Vida	Mensual a partir de segundo trimestre de cada año
Actas de reuniones mensuales del Equipo de Calidad de Vida en que se informe y/o analice	Con equipo multidisciplinario encargado de evaluar y generar propuestas que permitan mejorar la salud funcionaria	Realización de al menos el 80% de las reuniones propuestas	Registro de reuniones.	Enero a Diciembre de cada año

situación de salud del personal y Ausentismo del Establecimiento				
Actividades de promoción y prevención en salud a través de taller educativo	Prevenir el desarrollo de patologías de carácter crónico en los funcionarios del Hospital	Al menos el 50% de los funcionarios participa de los talleres preventivos.	Listados de asistencia	Agosto de cada año

Actividades propuestas para el Nivel Local

ACTIVIDAD	PROPOSITO	ALCANCE	MEDIO DE VERIFICACION	FECHA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Flexibilizar horario laboral en funcionarios con atención médica (Los Ángeles-particular).	Disminuir el índice de LM por permisos a atenciones médicas.	El 50% de los funcionarios con atenciones médicas de especialidad .	Cantidad de memos por solicitud de permisos y recuperación de horas a jefes directos.	Junio Diciembre	Dirección del Hospital Equipo de Salud del personal Comité de ausentismo
Evaluar las condiciones físicas en las cuales se desenvuelven los funcionarios del Establecimiento	Conocer las condiciones de trabajo del 100% de los funcionarios	Informe entregado a salud del personal por parte de equipo de evaluación externo	Evaluación e informe entregado en julio de cada año	Julio	Unidad de calidad de vida
Crear y difundir documento específico para Devolución hora para control medico	Dar buen uso de herramientas administrativa de parte de los funcionarios	Al 100% de los funcionarios del establecimiento	Copia del documento en número correlativo	Febrero	Unidad de Calidad de Vida Salud del personal

Realizar talleres de actividad física	Generar una instancia de esparcimiento y unión para los funcionarios	Que al menos el 60% de los funcionarios del establecimiento participen de los talleres	Lista de asistencia de funcionarios	Octubre	Unidad de Calidad de Vida Salud del personal Bienestar del personal
Establecer plan preventivo laboral para el Año	Diseñar plan que permita intervenir al interior del HFC durante el año	Que al menos el 60% de los funcionarios del hospital conozcan la existencia del plan de trabajo	Plan diseño y difusión	Diseño difusión	Unidad de Calidad de Vida Salud del personal
Crear estímulo a funcionarios sin licencias medicas	Reconocer a funcionarios que no ha presentado licencias médica durante un periodo de 2 años	Al 100% de los funcionario del establecimiento	Listado con funcionarios	Mayo	Unidad de Calidad de Vida Salud del personal

El Plan no descarta aquellas actividades que cada HFC considere adecuadas incorporar, considerando las distintas y particulares condiciones en que funciona cada establecimiento.

5.6 Del Informe Ejecutivo

Para consolidar la información obtenida, con los resultados y análisis de estos, se elaboró un Informe Ejecutivo, el que se espera sea un aporte para la toma de decisiones del equipo Directivo del Servicio de Salud Biobío. Este informe será enviado a la Directora del señalado Servicio de Salud, Dra. Marta Caro Andia y se encuentra en el Anexo N°7 de esta Tesis.

CONCLUSIONES

- La aplicación del Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral en el Servicio de Salud Biobío, ha resultado efectiva desde el punto de vista general, esto es considerando todos los establecimientos que lo integran, pues logró disminuir su Índice de Ausentismo Laboral de 18 días/año en 2012 a 16,1 días/año en 2014. Sin embargo en lo particular la efectividad del Modelo no se alcanza en un 100% de los establecimientos, ya que desde este punto de vista las variaciones en los índices de ausentismo son más bien poco contantes, disminuyendo y aumentando entre años y establecimientos. A pesar de esto, si se aprecia que desde la aplicación del Modelo, existe una disminución y/o contención de los Índices de Ausentismo laboral.
- Analizados y evaluados los Planes de Intervención en cuanto al Ausentismo Laboral, es posible determinar que estos fueron desarrollados de acuerdo al Modelo de gestión de la Norma Administrativa N° 22, aprobados por el MINSAL. Adicionar a ello que estos Planes de intervención efectivamente contribuyen a disminuir el ausentismo laboral, ya que incorporan una serie de actividades en cuanto al acompañamiento y apoyo a los funcionarios que se encuentran con problemas de salud, tanto físicos como psicológicos. Claro ejemplo, de ello son las visitas domiciliarias, a través de las cuales se detectan necesidades y se gestionan, con el fin de brindar los apoyos a los funcionarios y optimizar los tiempos de espera a cirugías, controles de especialidad, entre otros, generando con su resolución un impacto en la calidad de vida del funcionario y su familia. En este sentido se logra mejorar los niveles de producción y reducir el gasto en que se incurre a raíz de suplencias y reemplazos que involucran las licencias médicas prolongadas.

- Dentro de los Planes de Intervención de Ausentismo Laboral, se incorporan una serie de actividades relevantes, con las cuales se busca mantener y mejorar la calidad de vida de los funcionarios, con énfasis en la promoción y prevención de la salud, sin embargo de todas ellas la más valorada y necesaria para los funcionarios, es la visita domiciliaria, ya que a través de esta parte del equipo multidisciplinario que conforma el Comité de Ausentismo, detecta las necesidades de mayor relevancia y urgencia para el funcionario, procediendo a gestionar en el menor tiempo posible los apoyos y ayudas que fomentarán la recuperación de su salud y/o la mantención de esta, junto a otras gestiones como tramitación de pensiones y alivio del dolor, en casos de enfermedades catastróficas y/o terminales.

- Al evaluar el comportamiento que han tenido los índices de ausentismo laboral en el periodo 2012 – 2014, claramente ha habido una disminución y contención en cuanto al ausentismo laboral a nivel de Servicio de Salud, puesto que el índice de ausentismo del año 2012, de 18 días/año, se logró disminuir a 17,3 días/año para el periodo 2013 y para el periodo 2014, se logró disminuir a 16,1 días/año, encontrándose este en concordancia con el mismo indicador a nivel Nacional el que alcanza en el mismo año 16,58 días/año.

En este sentido se reafirma la efectividad progresiva que ha tenido la aplicación de este Modelo de gestión de ausentismo laboral, que además ha generado un control sostenido que conlleva a la disminución y/o mantención de los Índices de Ausentismo laboral.

- El comportamiento de la ejecución de los planes de intervención, en cuanto a los Establecimientos incorporados al Compromiso de Gestión del año 2014, responde a evaluaciones de datos cuyos cortes son trimestrales a marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. En estos meses se identifica el índice de ausentismo presentado por cada establecimiento de la red y se presenta evidencia del trabajo

de los planes, tanto a nivel local como central, contando con medios verificadores tales como, nóminas de asistencia y actas de cada reunión.

- La ejecución de los Planes de Intervención para el Servicio de Salud Biobío, durante el año 2014, alcanza para el primer corte un 95% de ejecución de sus actividades y al cuarto corte un 96% de ejecución de las actividades programadas, superando con ello la meta nacional establecida como cumplimiento de un (80%) y acorde a la meta establecida en el Compromiso de Gestión para el cuarto corte de este año (96%), lo cual evidencia que los equipos de trabajo de la Dirección del Servicio de Salud Biobío, CADVRR, Hospitales de la Familia y Comunidad de Laja y Yumbel, están llevando a cabo las actividades programadas, logrando porcentajes de ejecución de sus actividades que son positivos y acordes a lo establecido como meta al cuarto corte, sin embargo estos porcentajes pueden mejorarse ejecutando las actividades en las fechas establecidas, para no dar espacio a correr riesgos de no ejecución en forma posterior, casos en los que se vio involucrada la Dirección del SS.BB., y el Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja.
- Se debe preparar un Plan de Intervención estandarizado para los establecimientos que no se encuentran incorporados al COMGES, ya que ello permite llevar el control en cuanto al índice de ausentismo laboral real del Servicio de Salud Biobío y además conlleva a que se realice el trabajo bajo lineamientos comunes para los Establecimientos que no forman parte del COMGES.
- El Informe Ejecutivo elaborado para esta tesis, consolida los resultados obtenidos y el análisis realizado en esta investigación, en observaciones y datos concretos útiles para la toma de decisiones del Equipo Directivo del Servicio de Salud Biobío, respecto del Modelo de Gestión del Ausentismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchan, J. (2000). 'Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom'. Health Policy and Planning; 15(3): 319-325.
2. Buchan, J. (2004). 'What difference does ('good') HRM make?. Human Resources for Health 2004, 2:6.
3. Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, 2015, "Cuenta Pública año 2015; Gestión año 2014". (Disponible en línea) <http://www.hospitallosangeles.cl> (acceso 18.05.2015).
4. Dirección de Presupuestos (DIPRES), 2015, "Ley de Presupuestos año 2015".
5. Dirección del Servicio de Salud Biobío, "Resolución Exenta N° 698/04.02.2014, que modifica la Resolución Exenta N° 3.752/30.12.2010. Define la estructura interna de la Dirección del Servicio de Salud Biobío".
6. Dussault, G. and Dubois, C. (2004). 'Human resources for Health policies: a critical component in health policies'. HNP Discussion Paper. The World Bank.
7. Galindo, M (2008) - Diccionario de Economía Aplicada-Política Económica, economía mundial y Estructura Económica.
8. Gobierno de Chile-MINSAL, (2010), Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. "Metas 2011-2020, Elige Vivir Sano". (Disponible en línea) <http://web.minsal.cl> (acceso 21.03.2015).
9. Ley N° 18.469, Publicada el 23 de Noviembre de 1985 Regula el ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud.
10. Ley Médica N° 15.076; Publicada el 8 de Enero de 1963; Fija el texto refundido del Estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químicos-Farmacéuticos, Bio-Químicos y Cirujanos Dentistas. (Disponible en línea) www.leychile.cl (acceso 31.03.2015).
11. Ley Médica N° 19.664, publicada el 11 de febrero del año 2000. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica, de los Servicios de Salud y modifica la Ley N°15.076. (Disponible en línea) www.leychile.cl (acceso 22.03.2015).

12. Ley N°19.882, publicada el 23 de Junio de 2003. Regula nueva Política del Personal a los Funcionarios Públicos que indica. Y en su Título VI, en el que establece un sistema de Alta Dirección Pública.
13. Ley N° 18.834, publicada en el diario oficial de 23.09.1989; Aprueba el nuevo Estatuto Administrativo que rige el accionar de los funcionarios públicos del Sistema Nacional de Salud. (Disponible en línea) www.leychile.cl. (acceso 10.04.2015).
14. Ley N° 19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria, Publicada en el Diario Oficial el 24.02.2004. (Disponible en línea) <http://transparencia.redsalud.gov.cl>. (acceso 31.03.2015)
15. Ley N° 19.882, “Política de Personal; Funcionarios Públicos; Carrera Funcionaria”. Publicada en el diario oficial el 23 de junio de 2003. (Disponible en línea) www.leychile.cl. (acceso 31.03.2015).
16. Magnus Henrekson, Escuela de Economía de Estocolmo, Mats Persson, la Universidad de Estocolmo, (2004). “Los efectos de la ausencia por enfermedad en los Cambios en el sistema de seguro de enfermedad”. Publicación de Economía Laboral, Vol. 22, No. 1 (enero del 2004), pp. 87-113. Publicado por la Universidad de Chicago. URL: [Http://www.jstor.org/stable/10.1086/380404](http://www.jstor.org/stable/10.1086/380404).
17. Marco Referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad, Serie cuaderno de Redes N° 20, Subsecretaria de Redes Asistenciales, División atención Primaria, Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria.
18. Martínez, J., Martineau, T. (1998). ‘Rethinking human resources: an agenda for the millennium’. Health Policy and Planning 1998, 13:345-358.
19. M. D’Souza, Rennie; Strazdins, Lyndall; Broom, Dorothy; Rodgers, Bryan & Berry, Helen L. (2006). “Demandas de trabajo, la inseguridad laboral y la ausencia por enfermedad en el trabajo y ¿Cuán productivo es la nueva fuerza de trabajo flexible?”.
20. Mesa M, Francisco R.; Kaempffer R, Ana María (2004). “30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresa”.
21. MINSAL, 1959, Decreto con Fuerza de Ley N° 25, publicado el 29 de octubre de 1959, Crea el Ministerio del trabajo y Previsión con dos Subsecretarias y el Ministerio de Salud pública. (Disponible en línea) <http://web.leychile.cl>. (acceso 21.03.2015)

22. MINSAL, 1979, Decreto Ley N° 2.763/1979; publicado en el Diario Oficial el 03 de agosto de 1979. Reorganiza el Ministerio de Salud, crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
23. MINSAL, 2004, Decreto N° 140 del 24 de Septiembre de 2004, “Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud”.
24. MINSAL, 2013, “Plan de Trabajo 2013” de la Comisión de Auserentismo Ministerial.
25. MINSAL, Ley N° 19.378, “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”. Publicada en el diario oficial el 13 de abril de 1995. (Disponible en línea) www.leychile.cl. (acceso 21.03.2015)
26. Miranda H, Gonzalo; Alvarado O, Sergio; Kaufman, Jay S, (2012). “Duración de las licencias Médicas FONASA por trastornos mentales y del comportamiento”. Rev. Med. Chile 2012; 140: 207-213.
27. Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial; 2005; Modelo de atención integral en Salud.
28. Norma Administrativa N° 22 del 11 de Septiembre de 2012, que estableció normas generales para operacionalizar un “MODELO DE GESTION DEL AUSERENTISMO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD”.
29. Plan Estratégico de la Organización Mundial de la Salud, a plazo medio 2008-2013, modificado. (Disponible en línea) <http://apps.who.int/gb/> (acceso 14.05.2015)
30. Plan Estratégico 2008-2012, de la Organización Panamericana de la Salud, modificado. (Disponible en línea) <http://www.paho.org/hq> (acceso 14.05.2015)
31. Resolución Exenta N°118 del 3 de Abril de 2014. Aprueba Plan de Intervención Hospital de la Familia y la Comunidad de Yumbel.
32. Servicio de Salud Biobío, “Plan Estratégico del año 2013 – 2015”, aprobado por Resolución Exenta N°1510/29.04.2013.
33. Servicio de Salud Biobío, “Política de Recursos Humanos”. Aprobada por la Resolución Exenta N° 000239, de fecha 20 de enero de 2014.
34. Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2014, “Orientación Técnica y

Metodológicas-Compromisos de Gestión 2014”.

35. WHO (2006). ‘The World Health Report 2006: Working together for health’.



LINKOGRAFIA

1. <http://www.bibliotecanacional.cl/>, (Ingreso 21.03.2015)
2. <http://www.leychile.cl/>, (Ingreso 21.03.2015)
3. http://www.ssbiobio.cl/solicitud_informacion.html/, (Ingreso 23.03.2015)
4. <http://web.minsal.cl/>, (Ingreso 21.03.2015)
5. <http://www.supersalud.gob.cl/>, (Ingreso 14.04.2015)
6. <http://www.hospitallosangeles.cl/>, (Ingreso 25.04.2015)
7. <http://www.dipres.gob.cl/> (Ingreso 02.06.2015)
8. <http://www.supersalud.gob.cl/> (Ingreso 30.05.2015)
9. <http://www.gobiernotranspaarentechile.cl/> (Ingreso 21.03.2015)
10. [http://web.minsal.cl/SERVICIOS DE SALUD/](http://web.minsal.cl/SERVICIOS_DE_SALUD/) (Ingreso 25.04.2015)
11. [http://web.minsal.cl/SUBS DE REDES ASISTENCIALES/](http://web.minsal.cl/SUBS_DE_REDES_ASISTENCIALES/)
(Ingreso25.04.2015).
12. www.scielo.cl/ (Ingreso 25.04.2015)
13. <http://www.inmune.cl/> (Ingreso 01.06.2015)



ANEXOS

Anexo N° 1: Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Norma Administrativa N°22

La misión de los Servicios de Salud es fundamentalmente velar por el óptimo estado de salud y bienestar de sus beneficiarios, en especial el de sus propios funcionarios, por lo que su salud constituye un objetivo institucional de alta prioridad.

La ausencia del personal que se encuentra con problemas de salud afecta la gestión integral de los servicios que se prestan a la población. La falta de personal conlleva la sobrecarga de trabajo del resto de los funcionarios, el deterioro de la oferta de salud y de la calidad de la atención, entre los más visibles.

Por estos antecedentes, el ausentismo laboral por licencias médicas curativas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud ha estado presente desde hace unos años como compromiso de gestión ocupando a los organismos en la contención o disminución de sus índices.

Es de vital importancia que los Servicios de Salud adopten estrategias efectivas para su abordaje a nivel local, por ello, el Ministerio de Salud orientó y propuso lineamientos rectores sobre materias técnicas, administrativas y financieras, a fin de fortalecer la gestión interna de los organismos. Con ese objetivo se estableció por Resolución Exenta N° 873 del 11 de Septiembre de 2012, la Norma General Administrativa N° 22, “Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud”, norma que llegaría a regular la conformación de equipos de trabajo y su marco de funcionamiento para abordar la problemática de ausentismo por licencias médicas curativas en los establecimientos.

Objetivos de la Norma Administrativa N°22

Objetivo General

- El Objetivo General de la norma es establecer lineamientos generales para operacionalizar un Modelo de Ausentismo que permita fortalecer la gestión interna, especialmente en las áreas que afectan el ausentismo por licencia médica curativa de su personal.

Objetivos Específicos

- Constituir comités locales encargados de asesorar en la gestión del ausentismo por licencia médica.
- Contar con planes de acción que permitan mejorar las condiciones laborales del personal, que repercuten en la salud física y mental de los funcionarios.
- Apoyar integralmente a los funcionarios que se encuentren afectados en su salud.
- Disminuir el número de días promedio de licencias médicas curativas del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Aplicación, Organización y Funcionamiento de la Norma Administrativa N°22

La Norma Administrativa N°22, establece para la aplicación y funcionamiento del Modelo de Gestión del Ausentismo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud la constitución de un equipo de trabajo ministerial y comités centrales y locales de ausentismo.

Para lograr efectividad en la implementación de este modelo se conformará un equipo de trabajo en la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales responsable de apoyar este proceso, integrado por

profesionales de los Departamentos de Gestión de RRHH, de Calidad de Vida y Relaciones Laborales, la Sección Salud Ocupacional y de la Sección de Gestión de Información de RHS.

Comisión Ministerial

Objetivo General

- El Objetivo General de esta Comisión es definir e implementar en la red nacional de Servicios de Salud un modelo de gestión de ausentismo orientado al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios que lo componen, fortaleciendo la gestión del ausentismo por licencia médica curativa abarcando integralmente aspectos preventivos, promocionales, de fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de sus funcionarios enfermos.

Sus principales responsabilidades son:

1. Estandarizar buenas prácticas en gestión del ausentismo en el SNSS e impulsar la implementación de dispositivos de salud y/o convenios de salud para su personal.
2. Realizar coordinaciones con la COMPIN para lograr una contraloría médica expedita respecto de tramitación de salud irrecuperable, Licencias Médicas rechazadas y otras materias de orden médico-administrativas, e impulsar el desarrollo de estudios de diagnósticos y perfil epidemiológico del personal de salud.
3. Entregar orientaciones respecto al funcionamiento de los Comités de Ausentismo del SNSS y proponer estrategias y criterios para su funcionamiento operativo.

4. Analizar los aspectos jurídicos que regulan estas materias de Ausentismo y establecer los procedimientos administrativos respecto a los temas relacionados.

Comités Centrales y Locales de Ausentismo

Los Comités centrales de ausentismo deberán conformarse en cada una de las Direcciones de Servicio de Salud. Deberán estar constituidos a lo menos por los siguientes funcionarios:

- Subdirector Médico.
- Subdirector de Recursos Humanos.
- Un representante gremial de los estamentos técnico, administrativo y auxiliar de mayor representatividad.
- Un representante gremial de los estamentos profesional y directivo, de mayor representatividad.
- Encargado/s de Calidad de Vida y Relaciones Laborales.
- Encargado de Salud Ocupacional.
- Jefe de Bienestar.

Por su parte los comités locales en cada establecimiento dependiente deberán estar constituidos a lo menos por los siguientes funcionarios:

- Subdirector Médico.
- Subdirector de Recursos Humanos/Jefe de Personal.
- Un representante gremial de los estamentos técnico, administrativo y auxiliar de mayor representatividad.
- Un representante gremial de los estamentos profesional y directivo, de mayor representatividad.
- Encargado/s de Calidad de Vida y Relaciones Laborales/Salud Ocupacional
- Asistente Social del Personal.

Sus Principales Funciones y Responsabilidades son

- Impulsar el mejoramiento de las condiciones laborales del personal, que repercuten en la salud bio-psicosocial de los funcionarios del establecimiento.
- Realizar análisis estadísticos de las diversas variables que constituyen el ausentismo laboral en el establecimiento.
- Definir los criterios para la programación de la atención médica de los funcionarios y las visitas domiciliarias al personal con licencia médica, entre otras materias.
- Disponer el apoyo y acompañamiento a aquellos funcionarios que se encuentren afectados en su salud.
- Fortalecer las medidas de higiene y seguridad dentro del establecimiento y la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo.
- Impulsar la realización del Examen de Medicina Preventiva de Salud (EMPA) a todos los funcionarios del establecimiento y la gestión de sus resultados.
- Informar y asesorar al director del establecimiento para la toma de decisiones, sobre todo para los casos especiales de alto ausentismo, que requieren de un pronunciamiento respecto de salud irrecuperable, salud incompatible, cambio de puesto de trabajo o sistema de turno, renovación de contrato, etc.
- Disponer el seguimiento de casos especiales que requieren intervenciones de carácter específico, facilitando el apoyo a estos funcionarios .

- Impulsar el desarrollo de protocolos de exámenes pre-ocupacionales que complementen el Examen de Ingreso a la Administración Pública.

Los Directores de Servicios de Salud deberán formalizar mediante resolución la constitución de los Comités de Ausentismo Central y de Establecimientos. El Comité deberá reunirse a lo menos una vez al mes y dejará constancia en actas de sus acuerdos.

En cada Servicio de Salud se deberá contar con un referente que será contraparte técnico del equipo ministerial. Y que será responsable de:

- Coordinar el trabajo del Comité central y comités locales encargados de este modelo.
- Consolidar trimestralmente la información y remitirla al Ministerio.
- Mantener en resguardo los respaldos del cumplimiento del Plan.

Planes de Intervención y Ámbitos a considerar

Cada Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes, deberá contar con un Plan de Trabajo que contenga acciones que consideren necesarias de abordar anualmente en la Gestión del Ausentismo, elaborado de acuerdo a sus diagnósticos locales. Dichas acciones deben estar dirigidas a abordar los diferentes ámbitos que afectan el ausentismo, tales como:

- **Gestión y Control del Ausentismo:** A través de definiciones y responsabilidades claras y socializadas en la organización respecto de planes y procedimientos tales como, comisiones de ausentismo, registro, seguimiento y reembolso de subsidios por licencias médicas, realización de visitas domiciliarias, entre otras.

- **Identificación Institucional:** A través de la socialización en el personal de la estructura, visión, misión, valores, objetivos y metas organizacionales.
- **Clima laboral:** A través de diagnósticos que orienten políticas de motivación, reconocimiento y desvinculación, manejo de conflictos, etc.
- **Intervención promocional, preventiva y curativa de la salud del personal:** A través de definición de actividades en temáticas que fomenten y promuevan estilos de vida saludables desde el punto de vista psicosocial, análisis ergonómicos y ambientales de puestos de trabajo, higiene y seguridad, realización de pausas saludables, definición del sistema y dispositivos de salud para los funcionarios, entre otras.

Sin perjuicio de ello, se ha considerado pertinente que el Equipo de Trabajo Ministerial oriente a los organismos a través de un Plan de Trabajo estándar que contenga acciones mínimas a realizar cada año.

Seguimiento y Evaluación del Modelo

Para el adecuado seguimiento y evaluación de este modelo se estructurarán compromisos anuales de gestión, que se informarán en cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre y diciembre) para lo que se utilizarán los siguientes indicadores con sus respectivos medios de verificación:

- **Implementación Plan de Intervención;** La Dirección de cada Servicio podrá evaluar la posibilidad de juntar más de un establecimiento en una misma planificación de actividades, lo que deberá quedar debidamente acordado en el proceso de negociación con el Ministerio y expreso en el acta de constitución de la Comisión de Ausentismo que corresponda, la que será responsable directa de su implementación.
- **Índice de Ausentismo;** En el caso del índice de Ausentismo, se medirá a través

del total de días de ausentismo por morbilidad o accidente común y prórroga de medicina preventiva divididos por la dotación efectiva del período, verificándose en los reportes que se obtienen mensualmente desde SIRH, publicados en la página [http://bi.sirh .cl](http://bi.sirh.cl)



Anexo N°2: Objetivos Estratégicos Estrategia Nacional de Salud

Tabla N°1: Alcance de cada Objetivo Estratégico.

1	Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico: Se abordan tópicos relacionados con mantener los logros alcanzados en el control y eliminación de enfermedades transmisibles. También se considera Tuberculosis, VHS/SIDA e infecciones respiratorias agudas.
2	Reducir la Morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos: Incluye metas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, asimismo, se aborda la discapacidad en la población general.
3	Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables: Se relaciona con factores de riesgo. Es importante destacar la meta relacionada con “Salud óptima”, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población.
4	Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del Ciclo Vital: Incluye temas relacionados con el ciclo vital, desde sus distintas etapas. Dentro de las metas se destaca la correspondiente a rezago del desarrollo en Población infantil.
5	Reducir las inequidades en Salud de la Población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud: Se abordan tópicos relacionados con equidad y determinantes sociales de la Salud. Se incorporaron también estrategias destinadas a disminuir las inequidades en salud de manera transversal en los otros objetivos del plan.
6	Proteger la Salud de la Población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de inocuidad de Alimentos: Relacionado a medio ambiente, incorpora desde una perspectiva sanitaria varias metas vinculadas con agua segura, residuos sólidos, aire, ciudad e inocuidad de los alimentos.
7	Fortalecer la Institucionalidad del Sector: Se plantea fortalecer el sector salud, complementando una meta sobre recursos humanos, además de gobernanza y participación, investigación sanitaria, eficiencia financiera, gasto de bolsillo, relaciones internacionales, sistemas de información y la gestión de los servicios de salud.
8	Mejorar la Calidad de la Atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas: Relacionada con la calidad de la atención, se destacan las metas dirigidas a disminuir las listas de espera para la atención de metodologías que no garantizadas por GES, a mejorar la satisfacción usuaria, la acreditación de establecimientos y las metas relacionadas a calidad de las tecnologías sanitarias y fármacos.
9	Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias y desastres, incluyendo el concepto de hospital seguro.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°3: Políticas de Recursos Humanos para el Sector Salud.

3.1 Política de Planificación del Recurso Humano

Esta establece que el Servicio de Salud Biobío determinará sus necesidades de personal en base a un proceso de planificación del recurso humano que contempla en su análisis los antecedentes sanitarios, la cartera de servicios y la aplicación de metodologías para la estimación de la oferta y demanda de necesidades acorde con la planificación estratégica.

3.1.1 Política de Definición de Descripción de Cargos y Perfiles

Establece que uno de los instrumentos que se desarrollará en los procesos de planificación es el registro actualizado de los Manuales de Descripción de Cargos y Perfiles, para todos los establecimientos de la Red Asistencial, para quienes el Servicio prestará asesoría y apoyo en la elaboración de estos manuales. El uso de perfiles de cargo, será fundamental para orientar los procesos de reclutamiento, selección de personal y durante el proceso de inducción, además de constituir un elemento central para la gestión del desempeño, los procesos de desarrollo y capacitación del personal.

3.1.2 Política de Incorporación del Recurso Humano

Las políticas de incorporación de personas tienen como objetivo lograr que este Servicio y la Red Asistencial cuenten con el personal idóneo para alcanzar las metas institucionales de acuerdo a lo diseñado en la planificación estratégica y obedecerá a procesos de planificación anual que consideran las necesidades actuales y futuras de recurso humano para la Red.

Para lograr este propósito el Servicio de Salud Biobío promoverá la aplicación de metodologías de descripción de cargos y definición de perfiles de competencias, capacitando a los equipos locales de gestión en su aplicación.

3.1.3 Política de Atracción

Para captar profesionales de la salud, especialmente de disponibilidad crítica, se implementarán acciones dirigidas a difundir las principales características de la Red de Salud de la Provincia del Biobío y de sus Establecimientos, los beneficios y ventajas de trabajar en él así como las posibilidades de desarrollo y crecimiento.

Para el diseño de dichas acciones se considerará las diferencias existentes entre cada establecimiento y la comuna que lo alberga, como las atribuibles a los potenciales candidatos referidas a sus perfiles profesionales, experiencia y aspectos motivacionales.

3.1.4 Política de Reclutamiento y Selección

El reclutamiento y selección del personal del Servicio de Salud Biobío se realizará de acuerdo a las directrices de la Dirección Nacional del Servicio Civil y el Código de Buenas Prácticas Laborales impulsado por el Ministerio de Salud. Se considerará la igualdad de acceso a participar en un proceso de selección o concurso de ingreso al Servicio Público, garantizando un procedimiento transparente y conciliando los requisitos legales e inherentes al ejercicio. Estos lineamientos serán aplicados a toda la Red Asistencial de la provincia del Biobío.

Se otorgará igualdad de oportunidades considerando mecanismos adecuados de comunicación y difusión para hacer atractiva la postulación, simplificando los procedimientos y privilegiando el uso de tecnologías de la información.

El objetivo final del proceso de reclutamiento y selección es garantizar y poner a disposición de la autoridad respectiva a los mejores postulantes para el cargo definido.

3.1.5 Política de Acogida e Inducción

El objetivo de una política de acogida e inducción, es hacer que el nuevo integrante sienta la importancia que tiene su incorporación para la organización, además de reducir el tiempo de adaptación del funcionario tanto a su puesto de trabajo como a la institución, clarificando expectativas, facilitando su incorporación al servicio y a la red asistencial, contribuyendo a su motivación, a su sentido de pertenencia y al logro de niveles satisfactorios de rendimiento.

El Servicio de Salud Biobío implementará en su proceso de inducción un conjunto de acciones sistemáticas y planificadas, tendientes a informar y socializar a los nuevos funcionarios de la organización, respecto a una multiplicidad de aspectos generales y específicos del trabajo, así como sus funciones, deberes, derechos, valores institucionales, misión, visión y lineamientos estratégicos.

3.2 Política de Gestión del Desempeño

Es necesario contar con marcos de referencia que permitan dar cabida a una adecuada gestión del desempeño, direccionando este hacia el logro de los objetivos institucionales del Servicio de Salud Biobío.

Bajo esta mirada, las labores de supervisión y evaluación del desempeño del personal y la gestión comunicacional, constituyen elementos que deben considerarse para dirigir los esfuerzos de los equipos de trabajo, hacia el cumplimiento de su estrategia de trabajo.

3.2.1 Política Sobre Gestión y Supervisión del Personal

La orientación de la gestión del desempeño está determinada por las definiciones de la planificación sanitaria (Objetivos Sanitarios) y la Planificación Estratégica del Servicio de Salud Biobío, contenidas desde su Misión, Visión, Objetivos Estratégicos y Valores.

En este contexto es responsabilidad de cada jefe directo, encargado o supervisor, efectuar las acciones necesarias para orientar, motivar, comprometer e integrar al personal de su unidad de trabajo a la institución. En el desempeño de este rol se

deberá fortalecer el trabajo en equipo, la identificación con los Objetivos Sanitarios, las metas de satisfacción usuaria y el mantenimiento de una moral de trabajo adecuada, dotando a los equipos de las condiciones materiales y de información necesarias para el desempeño adecuado de sus funciones.

3.2.2 Política de Gestión Comunicacional

En consideración a que el Servicio de Salud Biobío cuenta con el Departamento de Relaciones Públicas, se desarrollarán en conjunto estrategias de comunicación internas con el fin de mejorar la integración del personal y la gestión institucional, de manera que todos los funcionarios conozcan los planes y objetivos organizacionales a alcanzar y su participación para lograrlos, promoviendo canales comunicacionales abiertos para informar, promover, estimular y dar a conocer toda clase de contenidos de informaciones relevantes que favorezcan el desarrollo organizacional y la relación adecuada entre las personas.

Será responsabilidad de los jefes directos generar instancias donde sea posible recoger e intercambiar información en beneficio del desempeño eficaz, tales como, reuniones ampliadas, utilización de medios informáticos para compartir información, distribución de boletines, entre otros.

3.2.3 Política de Calificaciones y Evaluación del Desempeño

Las autoridades, jefaturas y personal del Servicio de Salud Biobío se comprometen a fortalecer el sistema de evaluación del desempeño, haciendo de él una eficaz herramienta de gestión y de mejoramiento del desempeño en base al mérito, promoviendo un cambio cultural en la forma de visualizar este proceso al interior de la institución.

Los procesos de calificaciones se realizarán en forma oportuna, con estricta sujeción a los principios de transparencia, imparcialidad y objetividad. Se promoverá la definición de criterios comunes a objeto de unificar el proceso y resguardar el trato equitativo de los funcionarios.

La calidad de este proceso es de responsabilidad de todos los actores involucrados, con preponderancia de los evaluadores, quienes deberán efectuarlo con rigurosidad formal y técnica, aspecto que será considerado en su propia evaluación. El Servicio de Salud desarrollará estrategias orientadas a capacitar a evaluadores y funcionarios en los conceptos referidos a la evaluación del desempeño.

3.3 Política de Desarrollo del Recurso Humano

3.3.1 Política de Capacitación y Formación

Será una estrategia que contribuirá al desarrollo de competencias técnicas y sociales del personal de salud para el logro de los objetivos sanitarios, prioridades institucionales y satisfacción de las expectativas de desarrollo del personal en el trabajo.

Estará dirigido a aportar al desarrollo institucional y personal contribuyendo al logro de estándares de calidad del servicio y satisfacción usuaria, la resolución de problemas y el desarrollo de áreas críticas de la Organización.

Se considerarán como objetivos de las estrategias de formación, perfeccionamiento y capacitación:

- Implementar procesos de cambio en el contexto del desarrollo de la Reforma Sectorial vinculados al modelo de salud integral.
- Mejorar desempeño laboral, a través de nuevas competencias o fortalecimiento de las ya existentes, integrando dimensiones técnicas, sociales, valóricas y éticas.
- Satisfacer necesidades de desarrollo personal y profesional, durante todo el ciclo de vida laboral.

3.3.2 Política de Desarrollo de Carrera

El sistema de carrera considera el ordenamiento articulado de los mecanismos de promoción, capacitación y desarrollo, evaluación del desempeño y remuneraciones, logrando correspondencia entre el interés institucional de contar con equipos de

trabajo Idóneos y el interés individual de la satisfacción de las expectativas de desarrollo en el trabajo.

El Servicio de Salud Biobío impulsará una administración eficaz del ciclo de vida laboral de su personal, aplicando de manera rigurosa y diligente la legislación vigente en materia de carrera funcionaría, para lo cual efectuará anualmente los procesos correspondientes asegurando mecanismos de difusión adecuada hacia los funcionarios como también aquellos que aseguren la oportunidad, transparencia y adecuación de los procesos.

3.3.3 Política de Ingreso de Personal:

El ingreso al Servicio de Salud Biobío se hará de acuerdo a los procedimientos y mecanismos establecidos en los distintos cuerpos legales (Ley 18.834, 19.664, 15.076, 19.882 y DFL N° 22).

Para el caso de los procesos de selección de antecedentes (personal a contrata y honorarios) se hará a través de procesos de reclutamiento y selección descritos en un manual de procedimientos. Para garantizar que el Servicio cuente con el personal más idóneo, utilizará el Manual de perfiles y descripción de cargos.

Contratación y Nombramiento:

- a) El nombramiento de los funcionarios en calidad de titular se hará de acuerdo a lo señalado en la normativa legal, correspondiendo al último grado de la planta respectiva, salvo que existan cargos vacantes en grados superiores no provistos mediante ascensos y promociones.
- b) Para los funcionarios a contrata el grado asignado será el último del escalafón respectivo, a menos que acrediten requisitos según lo señalado en los perfiles de selección para cada cargo y en el DFL que fija la planta del Servicio y establece los requisitos para el ingreso.

3.3.4 Política de Servicio del Cargo

3.3.4.1 Política de carrera funcionaria: Para los funcionarios titulares se asegurará la adecuada y oportuna realización de procesos de ascensos y promoción, así como también los concursos públicos destinados a ingresar a la carrera funcionaria.

3.3.4.2 Política de reemplazos y suplencias: Para ingresar a los distintos establecimientos del Servicio de Salud Biobío a efectuar reemplazos o suplencias, los interesados deberán someterse a un proceso de selección de antecedentes, para el caso de reemplazos cortos de menos de 3 meses, la institución deberá contar con un grupo de reemplazantes seleccionados, por lo que no deberán realizar una postulación.



Anexo N°4: Objetivos Específicos Departamento de Calidad de Vida.

El Departamento de Calidad de Vida orienta su accionar hacia 14 Objetivos Específicos.

Objetivo 1: Asesorar a los referentes de Calidad de Vida de cada uno de los Hospitales de la Familia y la Comunidad pertenecientes al Servicio de Salud Biobío y orientar en planes y acciones concretas en beneficio de los funcionarios. (actividades como: saludos en día de cumpleaños, actividades de reconocimiento días D, programa inducción, desvinculación, talleres de autocuidado, organización de aniversario, entre otras actividades).

Objetivo 2: Implementar en la Dirección y Hospitales de la familia y la comunidad el Programa de Inducción laboral generado desde la Unidad de Calidad de Vida, con el objeto de favorecer la integración de los funcionarios nuevos que se incorporen al Servicio de Salud Biobío.

Objetivo 3: Coordinar cumplimiento de la meta sanitaria EMP (Examen de Medicina Preventiva) 2014 Dirección SSBB, además de COMGES EMP en toda la red, generando plan de intervención Cardiovascular en la DSSBB 2014 .

Objetivo 4: Desarrollar un proceso de asesoría a Comités de Ausentismo y Salud del Personal en la red del Servicio de Salud Biobío, monitoreando en la red los planes de abordaje del Compromiso de Gestión ausentismo laboral.

Objetivo 5: Sensibilizar a funcionarios de los Hospitales de la familia y la comunidad en la prevención del uso de drogas y alcohol en el ámbito laboral a fin de mejorar los niveles de salud, seguridad y la calidad de vida de los funcionarios y sus familias.

Objetivo 6: Coordinar y promover la implementación de proyectos de Mejoramiento del Entorno Laboral (MEL) en todos los establecimientos de la red en beneficio de los funcionarios.

Objetivo 7: Colaborar en la aplicación del Código de Buenas Prácticas Laborales (CBPL) en la Directriz N° 7 sobre acoso laboral y/o sexual, por ser ésta una instancia legal que promueve un nuevo trato laboral y el mejoramiento de la Calidad de Vida en el trabajo.

Objetivo 8: Promover el reconocimiento de los funcionarios en el día de su profesión u oficio y en sus cumpleaños dentro de la Dirección del SSBB.

Objetivo 9: Desarrollar el programa de desvinculación laboral de los funcionarios del SSBB que se encuentran próximos a su jubilación, brindando apoyo y acompañamiento psicosocial.

Objetivo 10: Promover el desarrollo de un programa de Refuerzo Escolar para hijos de funcionarios de la DSSBB que presentan dificultades de aprendizaje, buscando mejorar su rendimiento escolar.

Objetivo 11: Desarrollar el programa de asesorías y/o ayudas Sociales para funcionarios de la DSSBB, buscando informar y facilitar en la red local la obtención de beneficios.

Objetivo 12: Promover el desarrollo de un clima Laboral positivo, realizando intervenciones en diversos equipos de trabajo en la red, buscando favorecer las relaciones interpersonales.

Objetivo 13: Fomentar instancias de comunicación interna con los funcionarios.

Objetivo 14: Monitorear y gestionar cumplimiento de Meta Sanitaria ley 18.834 en la Dirección del SSBB y coordinar implementación de programa de colaboración con Gendarmería de Chile en toda la red de establecimientos del SSBB.



Anexo N°5: Índices de Ausentismo Mensual para cada Establecimiento en los años 2012, 2013, y 2014.

Los Gráficos y Tablas fueron elaborados para esta Tesis con datos entregados por el Servicio de Salud Biobío a través de la encargada del Departamento de Bienestar. (Detalle Capítulo 5).

Gráfico N°1: Índices de Ausentismo Dirección de Servicio.

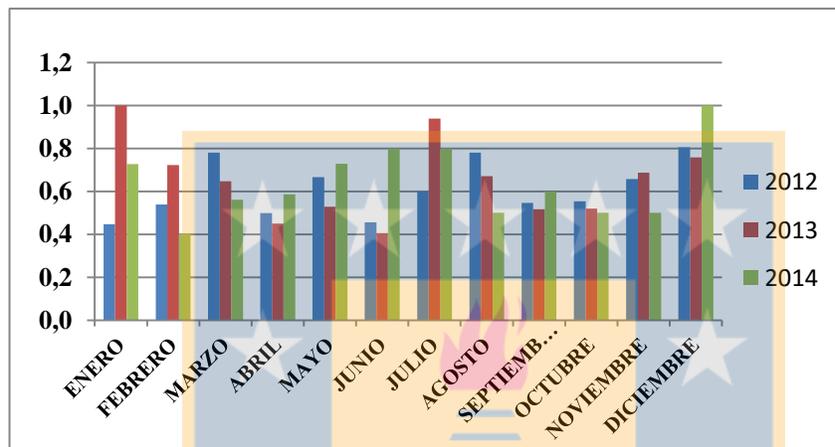


Gráfico N°2: Índices de Ausentismo CADVRR

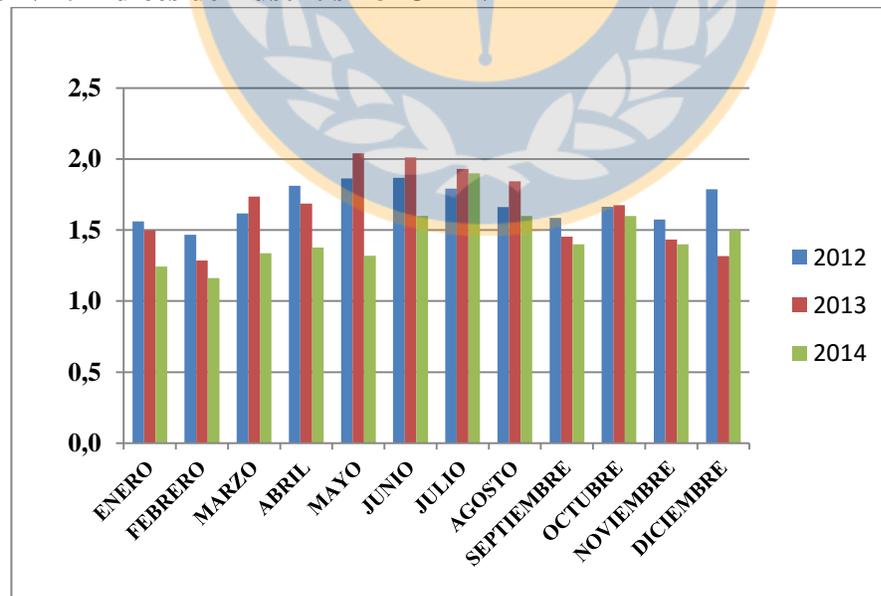


Gráfico N°3: Índices de Ausentismo H. Santa Bárbara

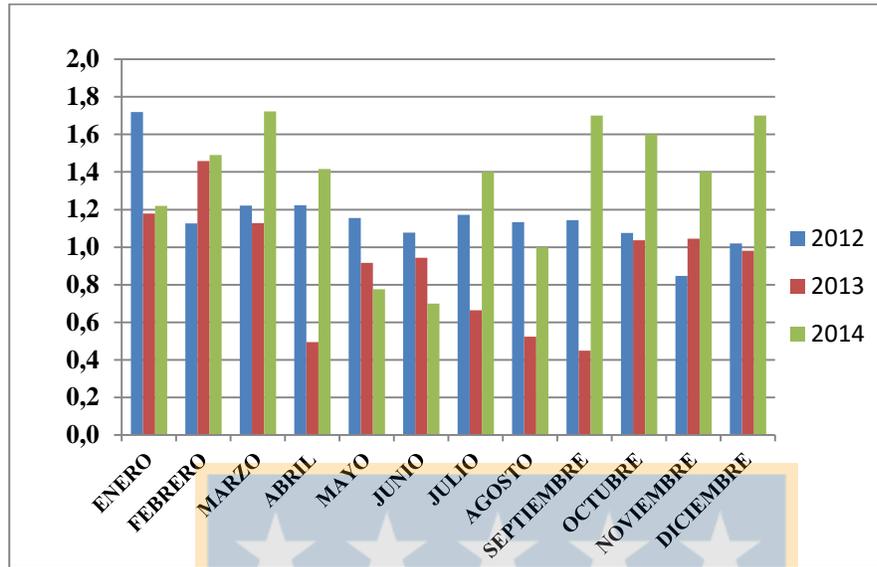


Gráfico N°4: Índices de Ausentismo H. Nacimiento

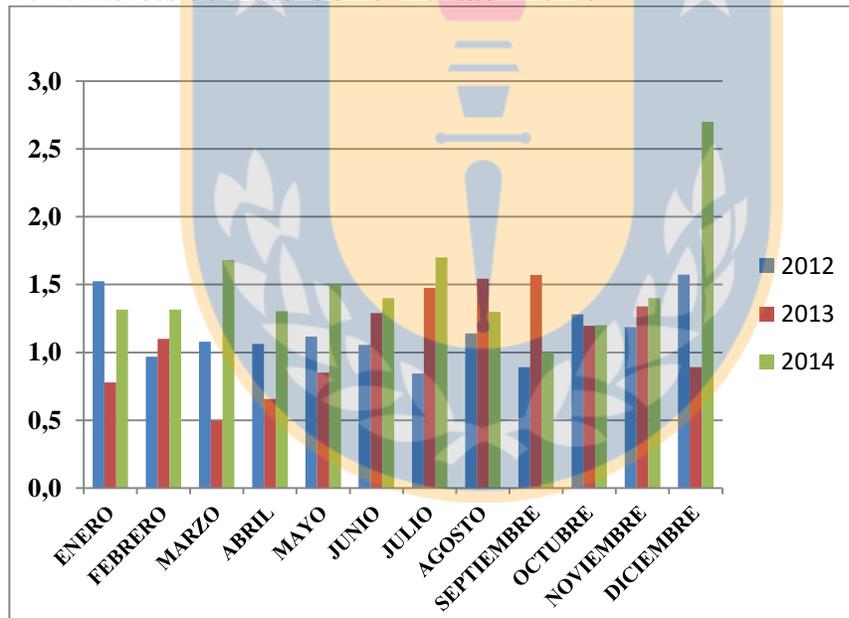


Gráfico N°5: Índices de Ausentismo H. Laja.

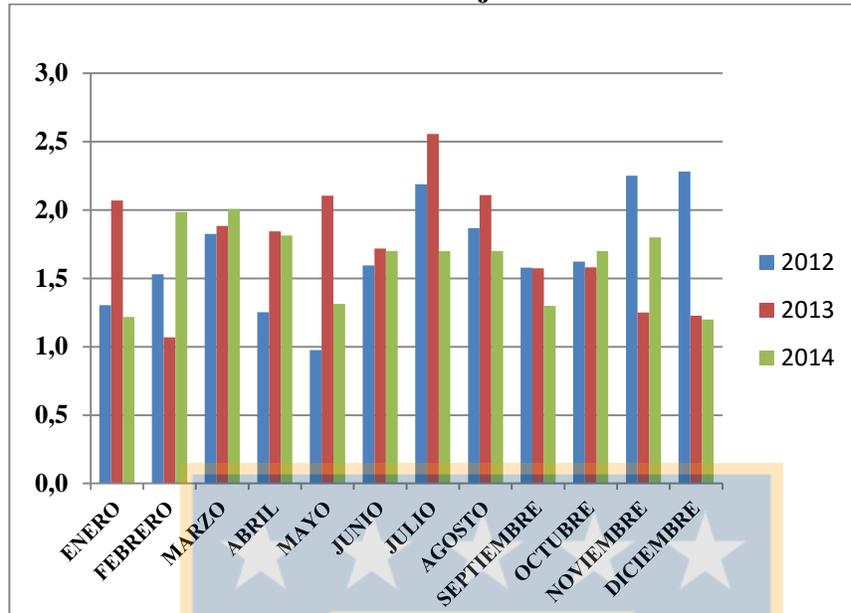


Gráfico N°6: Índices de Ausentismo H. Mulchén.

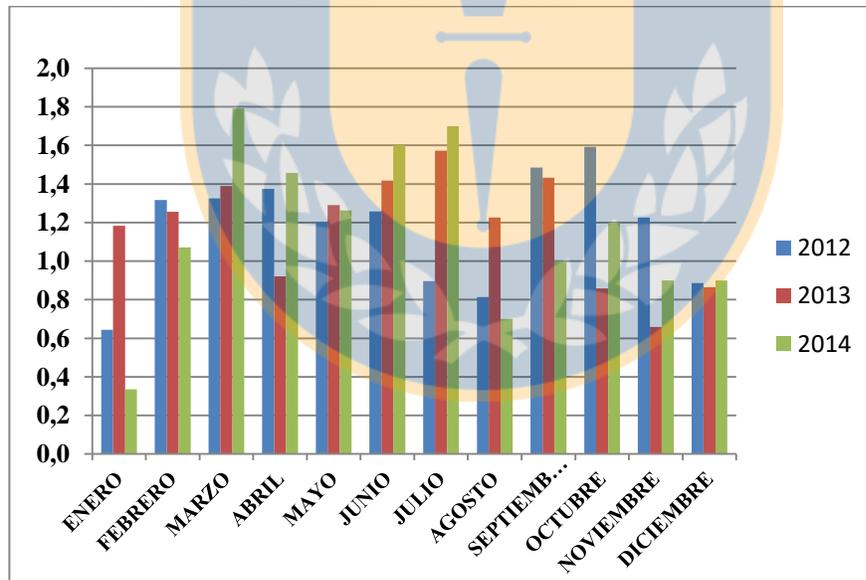


Gráfico N°7: Índices de Ausentismo H. Yumbel.

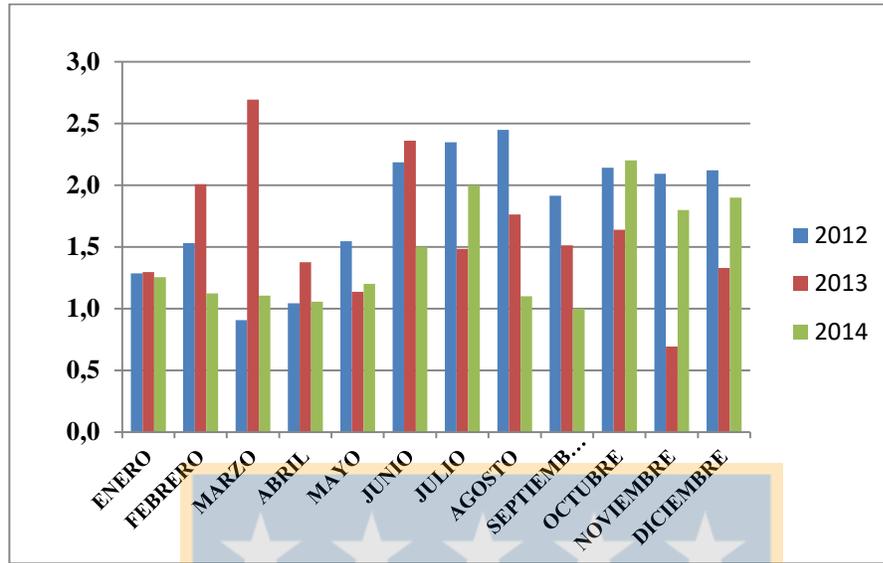


Gráfico N°8: Índices de Ausentismo H. Huelpil.

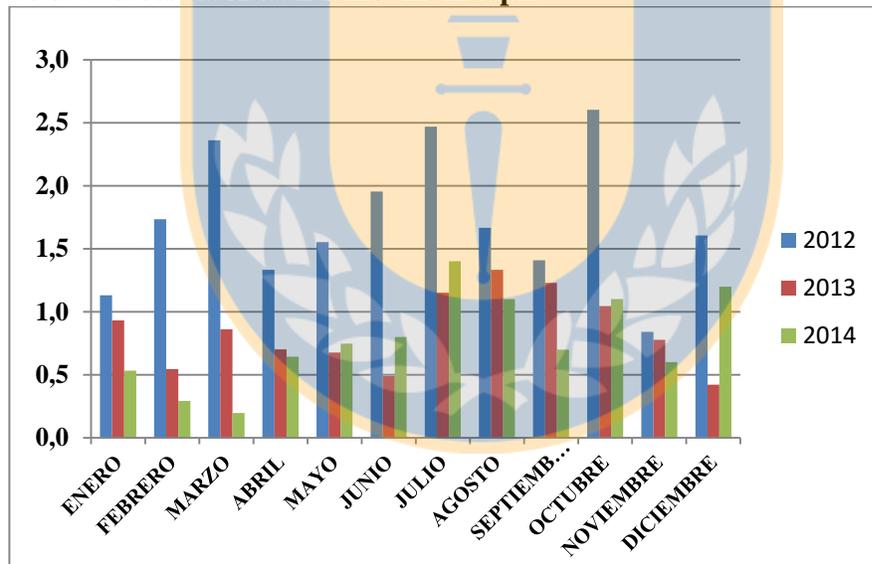
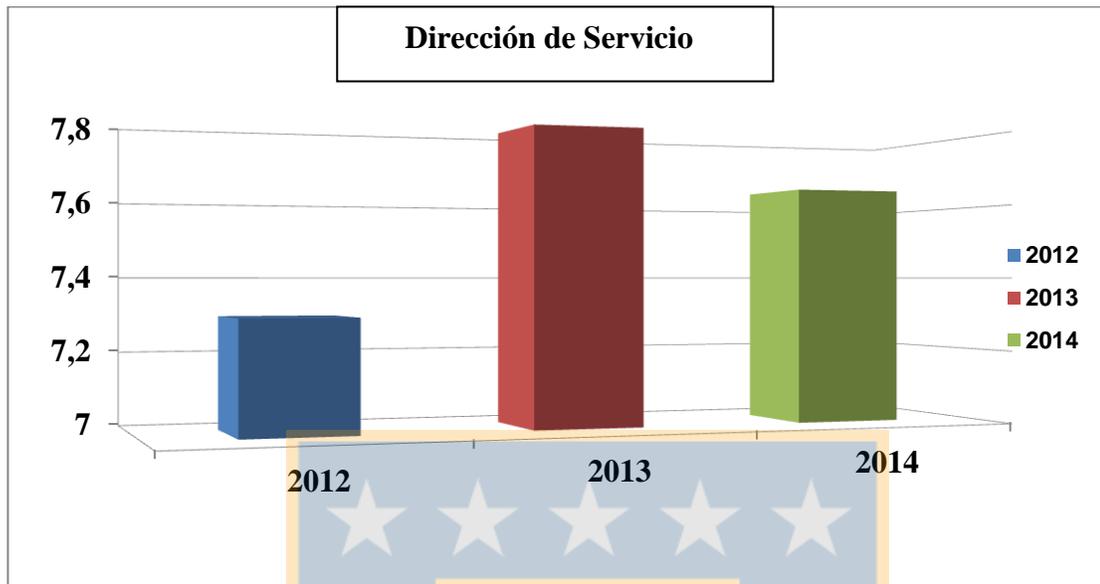
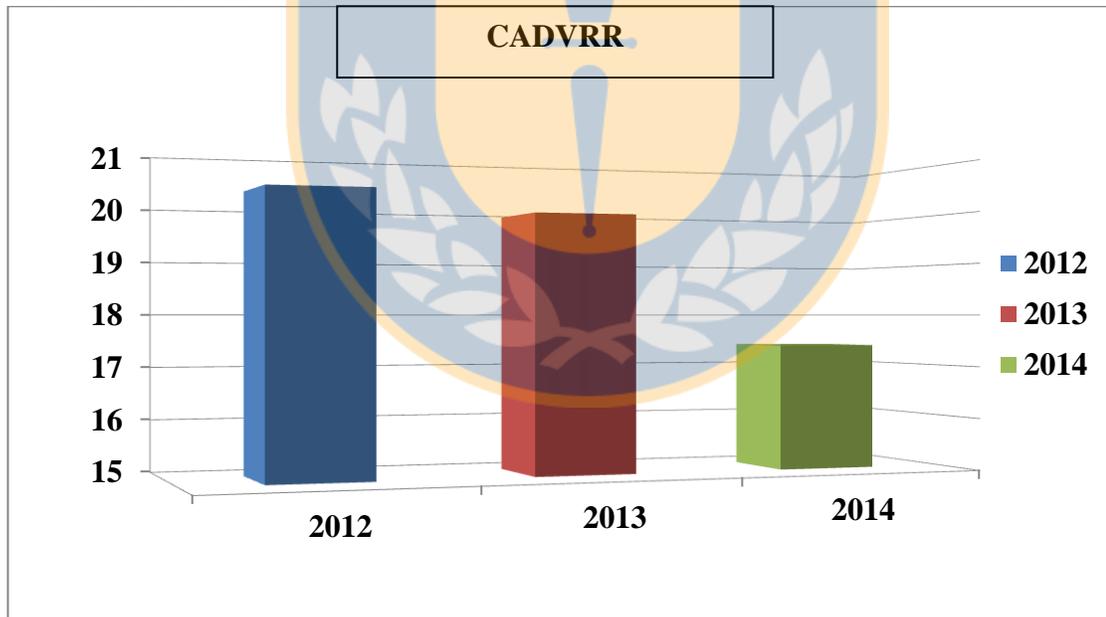


Gráfico N°9: Índices de Ausentismo



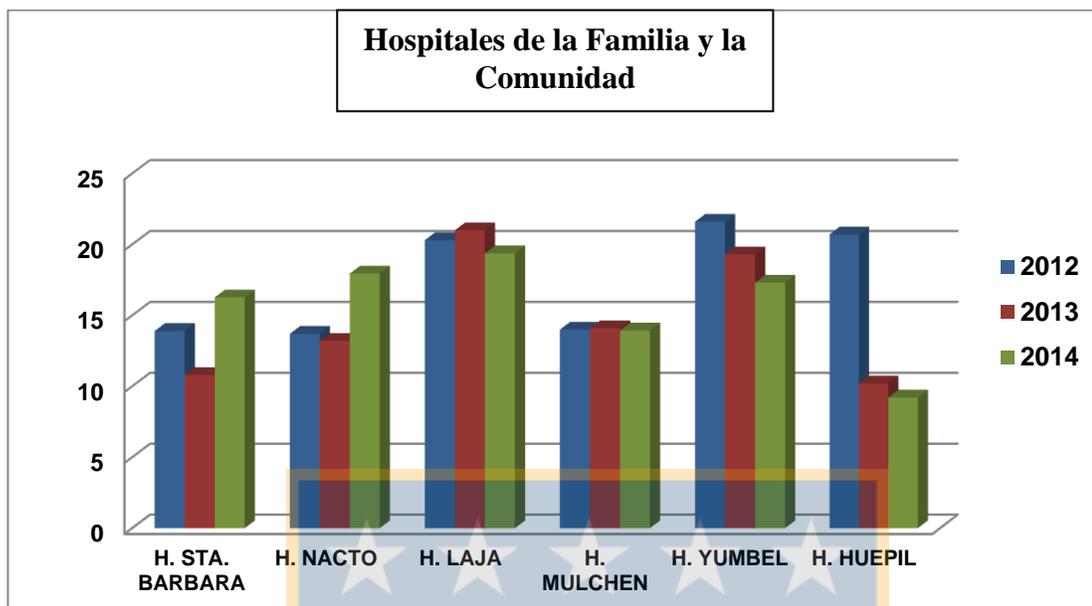
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°10: Índice Ausentismo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°11: Índice Ausentismo



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°1: Índices de Ausentismo Mensual por establecimiento año 2012.

INDICE AUSENTISMO ENERO - DICIEMBRE 2012	DIRECCIO N DE SERVICIO	CADVRR	H. STA. BARBARA	H. NACTO	H. LAJA	H. MULCHEN	H. YUMBEL	H. HUEPIL
ENERO	0,4	1,6	1,7	1,5	1,3	0,6	1,3	1,1
FEBRERO	0,5	1,5	1,1	1,0	1,5	1,3	1,5	1,7
MARZO	0,8	1,6	1,2	1,1	1,8	1,3	0,9	2,4
ABRIL	0,5	1,8	1,2	1,1	1,3	1,4	1,0	1,3
MAYO	0,7	1,9	1,2	1,1	1,0	1,2	1,5	1,6
JUNIO	0,5	1,9	1,1	1,1	1,6	1,3	2,2	2,0
JULIO	0,6	1,8	1,2	0,8	2,2	0,9	2,3	2,5
AGOSTO	0,8	1,7	1,1	1,1	1,9	0,8	2,4	1,7
SEPTIEMBRE	0,5	1,6	1,1	0,9	1,6	1,5	1,9	1,4

OCTUBRE	0,6	1,7	1,1	1,3	1,6	1,6	2,1	2,6
NOVIEMBRE	0,7	1,6	0,8	1,2	2,3	1,2	2,1	0,8
DICIEMBRE	0,8	1,8	1,0	1,6	2,3	0,9	2,1	1,6

Tabla N°2: Índices de Ausentismo Mensual por establecimiento año 2013.

INDICE AUSENTISMO ENERO - DICIEMBRE 2013	DIRECCION DE SERVICIO	CADVRR	H. STA. BARBARA	H. NACTO	H. LAJA	H. MULCHEN	H. YUMBEL	H. HUEPIL
ENERO	1,0	1,5	1,2	0,8	2,1	1,2	1,3	0,9
FEBRERO	0,7	1,3	1,5	1,1	1,1	1,3	2,0	0,5
MARZO	0,6	1,7	1,1	0,5	1,9	1,4	2,7	0,9
ABRIL	0,4	1,7	0,5	0,7	1,8	0,9	1,4	0,7
MAYO	0,5	2,0	0,9	0,9	2,1	1,3	1,1	0,7
JUNIO	0,4	2,0	0,9	1,3	1,7	1,4	2,4	0,5
JULIO	0,9	1,9	0,7	1,5	2,6	1,6	1,5	1,2
AGOSTO	0,7	1,8	0,5	1,5	2,1	1,2	1,8	1,3
SEPTIEMBRE	0,5	1,5	0,4	1,6	1,6	1,4	1,5	1,2
OCTUBRE	0,5	1,7	1,0	1,2	1,6	0,9	1,6	1,0
NOVIEMBRE	0,7	1,4	1,0	1,3	1,3	0,7	0,7	0,8
DICIEMBRE	0,8	1,3	1,0	0,9	1,2	0,9	1,3	0,4

Tabla N°3: Índices de Ausentismo Mensual por establecimiento año 2014.

INDICE AUSENTISMO ENERO - DICIEMBRE 2014	DIRECCIO N DE SERVICIO	CADVR R	H. STA. BARBAR A	H. NACT O	H. LAJA	H. MULCHE N	H. YUMBE L	H. HUEPI L
ENERO	0,7	1,2	1,2	1,3	1,2	0,3	1,3	0,5
FEBRERO	0,4	1,2	1,5	1,3	2,0	1,1	1,1	0,3
MARZO	0,6	1,3	1,7	1,7	2,0	1,8	1,1	0,2
ABRIL	0,6	1,4	1,4	1,3	1,8	1,5	1,1	0,6
MAYO	0,7	1,3	0,8	1,5	1,3	1,3	1,2	0,7
JUNIO	0,8	1,6	0,7	1,4	1,7	1,6	1,5	0,8
JULIO	0,8	1,9	1,4	1,7	1,7	1,7	2,0	1,4
AGOSTO	0,5	1,6	1,0	1,3	1,7	0,7	1,1	1,1
SEPTIEMBRE	0,6	1,4	1,7	1,0	1,3	1,0	1,0	0,7
OCTUBRE	0,5	1,6	1,6	1,2	1,7	1,2	2,2	1,1
NOVIEMBRE	0,5	1,4	1,4	1,4	1,8	0,9	1,8	0,6
DICIEMBRE	1,0	1,5	1,7	2,7	1,2	0,9	1,9	1,9

Anexo N°6: Plan de Intervención 2014, HFC de Laja.

PLAN DE TRABAJO

Objetivo específico N° 1: “Apoyar y acompañar a aquellos funcionarios que se encuentran afectados en su salud”

1.1 Acompañar a los funcionarios en su período de convalecencia y recuperación

01.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Realización de Visitas Domiciliarias	Conocer el estado de salud del funcionario con Licencia Médica	Desde l corte	Nº funcionarios visitados/ Nº funcionarios con LMC mayor a 15 días	Informe de visitas	Asistente Social Comité Ausentismo

02.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Informe Mensuales de: - Ausentismo por Licencia Médica asociado a unidades de trabajo. - Licencias Mayores a 30 días. - IC funcionarios pendientes.	Mantener monitoreo de Ausentismo desde distintas aristas.	Desde l Corte	Nº de Informes emitidos mensualmente.	Informes.	Encargado Calidad de Vida. Encargado de Salud del Personal.

Objetivo específico N° 2: “Generar conciencia en relación a los niveles de ausentismo funcionario dentro de la Institución”

03.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Asambleas trimestrales con funcionarios de Ausentismo laboral.	Dar a conocer a todos los funcionarios el índice de ausentismo laboral.	Desde l corte	Nº de Asambleas realizadas por trimestre.	Lista de asistentes (Acta de consejo ampliado)	Enfermero Salud del Personal

04.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Reuniones mensual de análisis de ausentismo en Comité Calidad de Vida	Generar planes de intervención individuales y por unidad de trabajo.	Desde l corte	Nº de Reuniones de análisis realizadas.	Libro de Acta de Reuniones	Encargado Calidad de Vida.

05.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Realizar taller educativo de promoción y prevención en salud con al menos el 50% de funcionarios	Reforzar conductas de autocuidado	Desde III corte	Porcentaje de funcionari@s capacita@s	Lista de asistencia	Kinesiólogo Salud del Personal
06.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Derivación de nuevos funcionarios desde unidad de personal a EMP	Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles	Desde 1 corte	Nº de funcionarios derivados/ Nº de Funcionarios Ingresado	Hoja de Registro de Derivación	Administrativo Personal

07.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Informe de ausentismo por Licencias Médicas Asociado a Valoración Económica	Generar conciencia en funcionari@s de impacto económico de Licencias Médicas	II y IV corte	Nº de funcionarios derivados/ Nº de Funcionarios Ingresado	Informe	Encargado de Salud del Personal.

08.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Entrega de estímulos a funcionarios menos licenciosos	Reconocer la capacidad de autocuidado de funcionari@s	IV corte	Nº de funcionarios derivados reconocidos en el período	Fotografía	Encargado de Salud del Personal.

Objetivo específico N° 3: “Facilitar el Diagnóstico y Tratamiento de los problemas de salud de los funcionarios”

09.ACTIVIDAD	PROPOSITO	FECHA	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Informe semestral de funcionarios con patología crónica: mala adherencia a control y tratamiento.	Favorecer la adherencia a control y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.	II y IV cortes	Nº de funcionarios crónicos en control / Nº de funcionarios crónicos	Informes	Encargada de PSCV
10. Actividad para prevenir problemas de salud relacionados con el desarrollo del trabajo en unidad con índices elevados de ausentismo	Favorecer la realización de las tareas laborales disminuyendo los riesgos de enfermedades profesionales.	III corte	Identificación de la Unidad o estamento con elevado índice de ausentismo. Número de funcionarios intervenidos	Informe de la actividad	Kinesiólogo de Salud del Personal Local

Anexo N°7: Informe Ejecutivo.



ORD.: N° 001

ANT.: Desarrollo Tesis “Análisis y Evaluación del Modelo de Gestión del Ausentismo Laboral aplicado a los Establecimientos dependientes del Servicio de Salud Biobío.

MAT.: Envía Informe ejecutivo de las acciones realizadas por los Establecimientos del Servicio de Salud Biobío, para el periodo 2012 – 2014, en cuanto a su ausentismo laboral.

INCL.: Análisis de intervención del ausentismo laboral en la Dirección del Servicio de Salud Biobío, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y sus Hospitales de la Familia y la Comunidad.

MULCHEN, JULIO DE 2015.

**A: DRA. MARTA CARO ANDIA
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD BIO BIO**

DE: HOSPITAL DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD DE MULCHEN

-
1. Este informe ha sido preparado por alumnas Tesistas de la Carrera de Ingeniería Comercial de la Universidad de Concepción, con el propósito de hacer un aporte a la toma de decisiones del equipo directivo del Servicio de Salud Biobío.

2. Su desarrollo se sustenta en datos entregados por el Servicio de Salud a través del Portal de transparencia pasiva y través de entrevistas realizadas a la Subdirectora de Recursos Humanos y Encargada del Dpto., de Calidad de vida, ambas del SS.BB.

Objetivo General.

Analizar y evaluar el Modelo de Gestión del ausentismo laboral, aplicado en la Dirección, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y los Hospitales de la Familia y la Comunidad del Servicio de Salud Biobío.

Alcance: El estudio comprendió el análisis de datos del periodo comprendido entre el año 2012 -2014.

Oportunidad: El estudio fue preparado durante el primer semestre del año 2015.

INFORME EJECUTIVO.

Desde la puesta en marcha de la Norma Administrativa N°22, “Modelo de Gestión del Ausentismo”, durante el transcurso del año 2012, los Encargados del Comité de Calidad de Vida, debieron dirigir la implementación de esta. Se conformaron Comités de Ausentismo Local en la Dirección del Servicio de Salud Biobío, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y los seis Hospitales de la Familia y la Comunidad pertenecientes a este Servicio de Salud. Cuatro de estos establecimientos, específicamente, la Dirección del Servicio, el Complejo Asistencial y los HFC de Yumbel y de Laja, se sumaron al Compromiso de Gestión del año 2014 (COMGES 2014), debiendo cada uno de sus Comités Locales de Ausentismo, elaborar un Plan de Intervención, que contuviera actividades definidas a nivel central y a nivel local, y cuyo objetivo fuera la disminución y/o control de los Índices de Ausentismo registrados por establecimiento y para el Servicio de Salud Biobío en su totalidad.

Desde este contexto, se informa lo siguiente:

- Respecto del Modelo de Ausentismo Laboral, cabe señalar que este ha sido

efectivamente implementado por todos los establecimientos, por cuanto es aplicado desde el año 2012.

- Los Planes de Intervención han sido elaborados para cada uno de los establecimientos y aprobados por la Resolución Exenta respectiva.
- Las actividades contenidas en los Planes de Intervención, en general son llevadas a cabo según la programación realizada, sin embargo, en reiteradas ocasiones la fecha inicial fijada para su desarrollo es postergada. Es posible que lo anterior sea una de las principales causas de la baja asistencia que registran algunas actividades.
- De la ejecución de los Planes de Intervención, en general su cumplimiento está acorde a la meta establecida en el Compromiso de Gestión para el cuarto corte de este año (96%) y por sobre la meta fijada a nivel nacional (80%). En el primer trimestre (corte mes de marzo), tres de los cuatro establecimientos adscritos al COMGES 2014 lograron ejecutar un 100% de la actividades programadas en sus planes, siendo el CADVRR el que solo ejecuto 4 de las 5 actividades comprometidas para este periodo, logrando a nivel individual un 80% de ejecución; debido a esto para este trimestre el cumplimiento del Servicio de Salud Biobío alcanzo un 95%. En el último corte (diciembre) realizado el año 2014, tanto el Hospital de Yumbel como el CADVRR alcanzaron un 100% de ejecución a nivel individual, sin embargo a nivel global el Servicio de Salud Biobío alcanzó para este último trimestre un 96% de cumplimiento, esto pues, la Dirección del Servicio y el Hospital de Laja tuvieron un logro del 92% de cumplimiento individual.
- Respecto de los Índices de Ausentismo Laboral, es posible señalar que: el año 2012, el establecimiento que tenía mayor índice anual de Ausentismo (días/año) era el HFC de Yumbel con 21,6 días/año, le seguían muy de cerca el HFC de

Huepil con 20,7 días/año y el HFC de Laja y el Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruiz (CADVRR) con 20,3 días/año, luego con mejores índices se encontraban el HFC de Mulchén, el HFC de Nacimiento y HFC de Santa Bárbara con 14; 13,7 y 13,9 días/año respectivamente. El establecimiento con más bajo índice para este periodo era la Dirección del Servicio con 7,3 días/año.

El año 2013 tras un año de aplicación de la Norma los resultados de esta fueron favorables para un 62,5% de los establecimientos ya que cinco de estos lograron disminuir sus índices de ausentismo, estos fueron los HFC de Santa Bárbara, Nacimiento, Yumbel y Huepil, quienes alcanzaron 10,8; 3,2; 19,3 y 10,2 respectivamente; además del CADVRR disminuyó a 19,9 días/año. En el 37,5% de los establecimientos experimentaron muy leves aumentos en sus índices, estos fueron los HFC de Laja con 21 días/año lo que significó un aumento de sólo 0,7 días/año. En tanto el HFC de Mulchén aumento su indicador en 0,1 días/año, llegando a 14,1 días/año, finalmente la Dirección del Servicio alcanzó 7,8 días/año, lo que implicó un aumento de sólo 0,5 días/año. Respecto de este es destacable lo conseguido por el HFC de Huepil, que en comparación a al año anterior disminuyó su indicador en 10,2 días/año, lo que equivale a reducir su índice en un 50,72%.

Sólo considerando el resultado del año anterior, para el año 2014 se incorporaron al COMGES del mismo periodo, los tres establecimientos con mayores índices de ausentismo, además de la Dirección del Servicio, estos fueron el CADVRR y los HFC de Laja y Yumbel. Respecto de estos establecimientos se consideran los resultados para la evaluación del logro del compromiso adquirido. De los índices obtenidos este año cabe destacar que los cuatro establecimientos presentaron resultados favorables, resaltando el CADVRR que alcanzó una disminución de 2,5 días/año; le sigue el HFC de Yumbel que disminuyó su índice en 2 días/año; el HFC de Laja y la Dirección del Servicio disminuyeron en 1,6 y 0,2 días/año respectivamente.

Con estos índices es posible concluir que los Planes de Intervención y por ende el Modelo, han sido efectivos, pues han logrado sino la disminución, el control y mantención de los Índices de Ausentismo.

3. Se sugiere, distribuir el presente informe en la parte pertinente a los distintos directores del Complejo asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz y los Hospitales de la Familia y la Comunidad, para aportar a la toma de decisiones en relación al ausentismo laboral.
4. Lo anterior para su conocimiento y fines a que dé lugar.
Sin otro particular le saluda atentamente,

Hospital de la Familia y la Comunidad de Mulchén

DISTRIBUCIÓN:

- La indicada.
- Archivo.