



UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA ANDRÉS BELLO
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN EN SALUD

Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y
Comparación de los Resultados entre los Establecimientos
Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y
Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart.

Autores(as):

Pablo Carrasco Muñoz
Claudio Casanga Salinas
Paula Espinoza Sepulveda
Carlos Esquivel Salinas
Alfredo Klenner Soto
Carolina Salinas Paredes

Profesor guía:

Cristián Valdés Muñoz

Santiago, Chile
2024

i. Dedicatoria

A Dios quien ha sido nuestro guía en todo momento y de su mano y poder nos han acompañado hasta el día de hoy, a nuestros padres quienes con su amor, comprensión y cariño nos han apoyado en todo momento y quienes han sido parte fundamental hoy para permitir obtener un logro profesional más en nuestras vidas, gracias por inculcarnos valores, esfuerzo y coraje y sobre todo no temer ante cualquier adversidad, a nuestra familia, quienes siempre estuvieron entregándonos el aliento y respaldo necesario para sacar adelante este hermoso proyecto, a todos ellos gracias por sus palabras y consejos, estas palabras de apoyo constante forjaron la templanza necesaria para sacar adelante esta tesis, a nuestros amigos y amigas quienes siempre nos apoyaron en todo momento difícil vivido en este proceso y finalmente queremos dedicar esta tesis a nuestro querido compañero de Magíster Manuel Fuentes Bustos quien lamentablemente nos dejó de este mundo un 29 de Julio del año 2023, el desde el cielo nos ha entregado la fuerza necesaria para seguir adelante a pesar de todas las dificultades y adversidades.

ii. Agradecimientos

Agradecemos a la Facultad de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello por entregarnos las herramientas durante todo el período de estudio para llevar a cabo este trabajo de investigación. A las direcciones y jefaturas de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart por brindarnos su apoyo y orientación en el proceso de construcción de este estudio. A los jefes y directivos de cada centro de salud que gracias a su ayuda nos han proporcionado valiosa información para el desarrollo de nuestro proyecto de investigación.

Nuestro especial agradecimiento a Blanca Flores, Subdirectora de Gestión Clínica por su buena disposición y amabilidad al coordinar y ser la conectora con los otros actores relevantes del Hospital Luis Calvo Mackenna.

También deseamos expresar nuestra gratitud profunda a nuestro profesor guía, Dr. Cristián Valdés Muñoz, por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiésemos podido llegar a esta instancia tan anhelada.

Gracias a nuestras familias por entendernos y darnos el soporte necesario para completar esta gran tarea.

iii. Resumen Ejecutivo

Título: Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y Comparación de los Resultados entre los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart.

Introducción: El control de gestión es el proceso administrativo de planear, ejecutar y controlar la calidad y el cumplimiento de las estrategias y objetivos propuestos por las organizaciones, tanto privadas como públicas. El concepto de Cuadro de Mando Integral – CMI (*Balanced Scorecard* – BSC) es planteado como un sistema de administración que complementa indicadores de medición de resultados de la actuación, con indicadores financieros y no financieros de los factores clave que incidirán en los resultados del futuro, los cuales son provistos por la visión y la estrategia organizacional. Esta herramienta utilizada en el área de salud, tiene como base la autogestión hospitalaria, en la que se mencionan una serie de procesos legislativos relacionados con la reforma sanitaria, la cual comenzó a anunciarse en el año 2000. El Instrumento de Evaluación para Establecimientos Autogestionados se fundamenta en la Ley N°19.937, la cual define a estos mismos como órganos desconcentrados de los Servicios de Salud, con atribuciones para organizarse internamente y administrar recursos. El objetivo es optimizar la gestión de procesos clínicos, logísticos, financieros y de personas, para hacer frente a la demanda de cuidados de salud postergados, al margen de los lineamientos estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo a evaluar. La aplicación del BSC como herramienta de gestión de Establecimientos de Autogestión en Red (EAR) tiene entonces la finalidad de mejorar la eficiencia de aquellos hospitales de mayor complejidad en Chile. El presente estudio tiene como propósito comparar dos Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) de Chile, mediante el Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC), realizando un análisis del comportamiento de los distintos indicadores de esta herramienta de gestión administrativa y su proceso de implementación. Se hará una comparación a partir del cumplimiento global del BSC analizando en detalle los resultados de aquellos indicadores que entregan información respecto de la perspectiva de Procesos Internos. De acuerdo con lo anterior, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles estrategias son cruciales en la implementación y cumplimiento de procesos internos en el Hospital Luis Calvo Mackenna y el Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart?. La respuesta a esta interrogante nos permite analizar cuáles herramientas y prácticas de gestión son claves al momento de obtener un mejor desempeño hospitalario.

Material y Método: Estudio descriptivo comparativo del desempeño del BSC en el cumplimiento global, y en detalle, en la perspectiva de los procesos internos durante el período 2015 a 2018, cuyos establecimientos estudiados son dos de los Hospitales Autogestionados en Red en Chile, Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM) en Santiago y Dr. Augusto Riffart (HAR) de Castro. Las fuentes de información utilizadas fueron los Indicadores EAR entre los años 2015 a 2018 de cada establecimiento, además de las experiencias recopiladas mediante encuestas y entrevistas a los actores claves en la gestión de ambas instituciones, tanto directivos como jefaturas intermedias, buscando conocer los años de implementación, los integrantes del equipo que llevan el seguimiento, la estabilidad de ellos, las actividades de apoyo y seguimiento, el rol de los equipos directivos, la estructura organizacional y prácticas como transferencia de responsabilidad a los equipos ejecutores y resultados de la planificación realizada para la obtención de resultados positivos.

Resultados:

Discusión y Conclusiones:

En el presente estudio, se ha observado una falta de familiaridad de los funcionarios entrevistados respecto de la terminología asociada al BSC como metodología de gestión de estrategias pero a pesar de ello, los equipos de ambos establecimientos tienen incorporadas y adoptadas distintas prácticas de control de gestión. Por otro lado, convergen dentro de los hallazgos, un uso centralizado de la herramienta de evaluación de EAR basada en el BSC, esto sugiere una oportunidad para mejorar la alineación y la comprensión de cómo las acciones individuales contribuyen al logro de metas más amplias.

La evaluación de las herramientas de planificación estratégica y gestión en los hospitales Luis Calvo Mackenna y Augusto Riffart revela diferencias y similitudes en la forma en que estas instituciones manejan sus procesos internos. Ambos hospitales reportan el uso de herramientas propias de planificación estratégica. Sin embargo, los métodos y la frecuencia de evaluación varían entre las instituciones, por lo cual no existe un manejo unificado de la herramienta a nivel general

En el HLCM, la información fluye desde la dirección hacia las subdirecciones y los Centros de Responsabilidades, y, posteriormente a cada unidad operativa. Este proceso asegura que todos los niveles de la organización estén alineados con los objetivos estratégicos y comprendan cómo sus roles contribuyen al logro de estos objetivos. La planificación estratégica se centra en una gestión proactiva y preventiva de los indicadores, realizando monitoreo continuo, detección temprana de alertas y desarrollo e implementación de planes de acción correctivos.

La comunicación de los resultados y la responsabilización difieren en ambos hospitales. En el HLCM, la entrega de información es frecuente y estructurada, con reuniones mensuales y ajustes periódicos. En el Hospital Augusto Riffart, la información se entrega generalmente a los jefes de CR y otros referentes, pero hay menos claridad sobre la frecuencia y el método de comunicación, lo que sugiere una posible área de mejora. Impresiona que hay falta de organización y desconocimiento en la entrega de información entre los actores del HAR. El resultado de esta forma de trabajo se ve reflejado en los indicadores anuales de cada establecimiento.

El BSC permite evaluar la implementación de las estrategias de gestión planteadas; sin embargo, aún existe la necesidad de adaptar el instrumento genérico a las realidades del sector y a las realidades particulares de cada organización. Además, es fundamental tener en cuenta que los indicadores deben tener una mirada a largo plazo para garantizar una medición coherente y significativa del desempeño. La falta de una mirada estratégica de estos indicadores contingentes puede llevar a una evaluación sesgada y a decisiones tácticas en lugar de enfoques que impulsen el progreso sostenible de la organización.

En base a los hallazgos y la discusión anterior, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- 1.- Existe la necesidad de mejorar la comunicación y capacitación sobre BSC dentro de la organización, para asegurar un conocimiento adecuado y un uso efectivo de la herramienta por parte de los equipos ejecutores de cada área.
- 2.- Se requiere una mayor interoperabilidad entre unidades, para la obtención de mejores resultados.
- 3.- Se requiere mejorar la gestión de variables externas que puedan afectar el monitoreo, control y el resultado de los indicadores.

4.- Las ventajas potenciales del BSC, pueden maximizarse con una metodología clara y un enfoque colaborativo en su implementación.

5.- Es necesario considerar la complejidad y particularidades de cada hospital para realizar una definición de prioridades y metas con base en las necesidades locales, y por otra parte, considerar que cada institución en sus dinámicas presentan distintas realidades que en algunos casos dificultan o favorecen comparativamente la implementación de las estrategias y, por consiguiente, el cumplimiento de los indicadores de gestión del BSC.

Recomendaciones de Mejora:

Dentro de los puntos críticos detectados, se encuentra la escasa familiaridad de los funcionarios con los conceptos asociados al BSC o CMI, por lo que se puede identificar como área de mejora en su implementación como herramienta de evaluación de autogestión, la comunicación eficaz, permanente y oportuna, de qué es el BSC y cómo se aplica a los establecimientos de salud, para alcanzar los objetivos propuestos; por supuesto, no basta con la difusión masiva, sino que debe existir un proceso vinculado a Gestión de las Personas, en lo que respecta a la capacitación del capital humano. La capacitación en el uso del BSC ayuda a comprender a los funcionarios sobre el impacto de los indicadores de gestión en el desempeño hospitalario, así como transmitir con transparencia los objetivos y los resultados "EAR" obtenidos por el establecimiento pueden mejorar el desempeño al motivar y entregarles un sentido de cooperación y de propósito, de esta forma, puede mejorar la motivación y el compromiso del personal para alcanzar los objetivos del BSC.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	26
Objetivo General:.....	26
Objetivos Específicos:.....	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	27
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	30
5.1 Resultado de Indicadores.....	30
5.1.1 Resumen del cumplimiento por establecimiento según estrategia.....	31
5.2 Explicación de cada indicador.....	39
5.2.1 Estrategia: Eficiencia Operacional.....	39
5.2.2 Estrategia: Excelencia de la Atención.....	41
5.2.3 Estrategia: Sustentabilidad Financiera.....	42
5.2.4 Estrategia: Gestión Clínica.....	43
5.3 Resultado de Encuestas y Entrevistas.....	44
5.4.- Análisis de Resultados.....	44
5.4.1 Comparación de encuestas respondidas por directivos y jefaturas referentes de áreas de gestión de los Hospitales Dr. Augusto Riffart y Luis Calvo Mackenna. (Anexo N°9).....	44
5.4.1.2 Recomendaciones de los encuestados.....	45
5.4.2 Análisis de las entrevistas a Jefaturas. Comparación de entrevistas respondidas por directivos y jefaturas referentes de áreas de gestión de los Hospitales Dr. Augusto Riffart y Luis Calvo Mackenna. (Anexo N°10).....	46
5.4.2.1 Recomendaciones de los entrevistados.....	46
5.4.3 Análisis de entrevistas a Directivos (Anexo N°11).....	46
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	49
6.1 Discusión.....	49
6.2 Conclusiones.....	54
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES DE MEJORA.....	56
7.1. Áreas de Mejora.....	56
7.2 Establecer estrategias/acciones de Innovación o Mejora.....	58
GLOSARIO.....	61
Referencias Bibliográficas:.....	64
Anexos.....	67
Anexo N°1: Carta de Compromiso Investigador Responsable - Hospital Luis Calvo Mackenna.....	67
Anexo N°2: Toma de Conocimiento y Apoyo Jefaturas para Estudios de Investigación - Hospital Luis Calvo Mackenna.....	68

Anexo N°3: Lista de Chequeo Documentos a Presentar a UCAD para Estudios de Investigación - Hospital Luis Calvo Mackenna	69
Anexo N°4: Ordinario N°353 Dirección Hospital de Castro, Dr. Jonathan Zuñiga Alvarado: “Informa autorización para realizar proyecto en el Hospital de Castro”.	70
Anexo N°5: Resolución Exenta N°1074, Dirección Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Michel Royer Faundez: Autoriza la realización de la investigación “Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y Comparación de los Resultados entre los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart”.	71
Anexo N°6: Respuestas entrevistas Hospital de Castro, Dr. Augusto Riffart	73
6.1 Encargado de Auditoría, Sr. Gerardo Arenas Soto	73
6.2 Encargado Pabellón Quirúrgico, Anestesiólogo Dr. Diego Gamboa Muñoz	78
6.3. Encargado Servicio de Urgencias Hospitalarias	83
6.4 Encargado Subdirección Administrativa, Sra. Lorena Mora Pérez	90
6.5 Entrevista Directivo, Jefe Subdepartamento Control de Gestión, D. José Vásquez Pereira	93
6.6 Entrevista Jefe de Servicio Médico-Quirúrgico, EU Romina Rifo Rivas	96
6.7 Entrevista Jefatura de Auditoria, D. Gerardo Arenas Molina	98
Anexo N°7: Respuestas entrevistas Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	100
7.1 Encargado CR Área Quirúrgica, EU Berta Troncoso Garrido	100
7.2 Encargado del Área de Finanzas, D. Osvaldo Saldías Cuevas	104
7.3.- Encargado de Servicio de Urgencias, EU Pamela Cifuentes.	106
7.4 Entrevista Subdirectora Médica, Da. Andrea Alba García	109
7.5 Entrevista Subdirección Administrativa, D. Esteban Gamonal Aravena	113
7.6 Entrevista Jefe Centro de Responsabilidad Pabellón, D. Jaime Mayorga Maldonado	118
7.7 Entrevista Jefa Unidad de Control de Gestión, Da. Carol Peña Mella	122
7.8 Entrevista Jefes CR Urgencia, Dr. Pedro de la Barra Hernández y EU Pamela Cifuentes Cerda	127
Anexo N°8: Ficha Técnica de Indicadores del Balanced Scorecard - Gráficos de Barra de resultados de Establecimientos - Tacómetros de Resultados de Indicadores por Establecimiento	130
8.1.- Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2)	130
8.2.- Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UEH (B.2_1.3)	132
8.3.- Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en Pacientes Mayores de 15 años (B.2_1.1)	134
8.4.- Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno (B.2_2.1)	136
8.5.- Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)	138
8.6.- Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos (B.2_2.4)	140
8.7.- Porcentaje de Implementación Dosis Diaria (B.2_2.2)	142
8.8.- Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas (B.2_3.1)	144
8.9.- Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico (B.2_2.3)	146
8.10.- Promedio de días de Hospitalización Prequirúrgicos (B.2_3.2)	148
8.11.- Rendimiento de las Horas Contratadas (B.2_3.3)	150
8.12.- Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos (DM) (B.2_2.5)	152
8.13.- Porcentaje de Ambulotorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras (B.2_1.1)	154
8.14.- Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2) ..	156
8.15.- Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación (B.2_1.3)	158
8.16.- Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)	160
8.17.- Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional (B.2_2.6)	162

8.18.- Porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación (B.2_1.3)	164
8.19.- Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia (B.2_3.4)	166
8.20.- Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría (D.2.2)	168
8.21.- Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación (D.1.1)	170
8.22.- Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación (D.1.2).....	172
8.23.- Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría (D.2.2)	174
8.24.- Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría (D.2.1)	176
8.25.- Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas (A.2.3)	178
8.26.- Porcentaje de Disminución de la Deuda (A.2.1)	180
8.27.- Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas (A.2.5)	182
8.28.- Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas (A.2.5)	184
8.29.- Porcentaje de Prestaciones Costeadas (A.2.2)	186
8.30 Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas (A.2.4)	188
8.31 Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos (C.2.2)	190
8.32 Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado (C.2.1)	192
8.33.- Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH y UCIs (C.2.2)	194
8.34.- Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos (C.2.1)	196
Anexo N°9: Resultados Generales de Encuestas aplicadas a Directivos y Jefaturas de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart.....	198
Anexo N°10: Resultados Generales de Entrevistas aplicadas a Jefaturas Intermedias de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart	199
Anexo N°11: Resultados Generales de Entrevistas aplicadas a Directivos de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart.....	200
Anexo N°12: Evaluación Anual de Mantenimiento e Requisitos Técnicos de Autogestión en Red, año 2015 - Datos de Indicador “Gestión de Pago Oportuno de Facturas”	201
Anexo N°13: Cronograma Proyecto de Grado - Formato Carta Gantt	202
Anexo N°14: Matrix Resumen Indicadores de Procesos Internos, BSC para EAR, hospitales HLCM y HAR, período 2015-2018.....	208

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.

El control de gestión es el proceso administrativo de planear, ejecutar y controlar la calidad y cumplimiento de estrategias y objetivos propuestos por las organizaciones, tanto privadas como públicas. Existen diferencias importantes entre las concepciones clásica y moderna de control de gestión. La primera es aquella que incluye únicamente al control operativo y que lo desarrolla a través de un sistema de información relacionado con la contabilidad de costos, mientras que la segunda integra muchos más elementos y contempla una continua interacción entre la gestión con la planificación y el control. El nuevo concepto de control de gestión es pleno e integrado al incluir al propio proceso administrativo y requiere una orientación estratégica que dote de sentido sus aspectos más operativos.

A principios de 1992, Kaplan y Norton plantean el concepto de Balanced Scorecard (BSC), o como se le denomina en español, Cuadro de Mando Integral (CMI), basado sobre un estudio de doce empresas, señalando que sólo los indicadores financieros no eran suficientes para conocer el estado de la empresa y plantearon tres categorías no financieras adicionales, formando cuatro perspectivas: Financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje y crecimiento (Kaplan, 1992), las cuales entregan a la empresa un sistema de gestión estratégica, permitiendo una planificación a corto plazo y una proyección en cada uno de los indicadores a largo plazo.

El Cuadro de Mando Integral – CMI (*Balanced Scorecard* – BSC) es planteado como un sistema de administración, que va más allá de la perspectiva financiera con la que los gerentes acostumbran a evaluar la marcha de una empresa. El gestionar una empresa teniendo en cuenta solamente los indicadores financieros tradicionales (existencias, inmovilizado, ingresos, gastos), olvida la creciente importancia de los activos intangibles de una empresa (relaciones con los clientes, habilidades y motivaciones de los empleados) como fuente principal de ventaja competitiva. Es por ello que surge la necesidad de crear una nueva metodología para medir las actividades de una compañía en términos de su visión y estrategia.

El instrumento BSC/CMI complementa indicadores de medición de los resultados de la actuación, con indicadores financieros y no financieros de los factores clave que incidirán en los resultados del futuro, los cuales son provistos por la visión y la estrategia organizacional. (Loaiza, G.A., 2021).

Esta herramienta utilizada en el área de salud, tiene como base la autogestión hospitalaria, en la que se mencionan una serie de procesos legislativos relacionados con la reforma sanitaria, la cual comenzó a anunciarse en el gobierno de quien fuese Presidente de la República en el año 2000. Propulsada por la equidad en el acceso a salud y objetivos sanitarios, así como en la calidad de la atención proporcionada por los servicios de salud y en la protección financiera de los usuarios de la red asistencial, brindado una perspectiva de protección universal. En el año 2003 fueron publicadas las leyes 19.888 y 19.895, la primera regulariza el financiamiento del Plan AUGE y otras garantías en salud, mientras que la segunda instruye normas de solvencia financiera para las ISAPREs; al año siguiente, la Ley 19.966, establece un plan de salud obligatorio tanto para ISAPRE como FONASA, conocido como Régimen de Garantías Explícitas o Plan Auge, constituyéndose como una “política de derecho” que promueve la equidad en el acceso a la salud, oportunidad, calidad y protección financiera de los usuarios a las patologías inscritas en dicho régimen.

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, crea las Subsecretarías de Salud Pública y la de Redes Asistenciales, permitiendo la descentralización de las funciones de salud pública a través de las SEREMI de Salud (Vergara, M.; Bisama, L. 2009).

Para que una institución logre alcanzar exitosamente el título de autogestión hospitalaria en red requiere desarrollar por lo menos tres competencias esenciales, estas son: desarrollo de cartera de servicios; gestión de la referencia y contrarreferencia; y, gestión de las listas de espera. Para poder alcanzar estas competencias esenciales es primordial que ocurra un proceso de innovación y aprendizaje, y un compromiso férreo en los equipos directivos para adoptar y ejecutar los cambios necesarios en los procesos organizacionales de la administración de sus establecimientos, los que, a su vez, se traducirán en resolutivez, oportunidad, certidumbre y calidad de los servicios para los usuarios. Paralelamente, estos procesos generarán en los usuarios, confianza y satisfacción en el sistema de salud, con lo que se podrá cumplir la meta estratégica de política pública con enfoque de derechos, agregando valor a todos los actores implicados (Vergara, M.; Bisama, L. 2010).

El Instrumento de Evaluación para Establecimientos Autogestionados se fundamenta en la Ley N°19.937, la cual define a estos mismos como órganos desconcentrados de los Servicios de Salud, con atribuciones para organizarse internamente y administrar recursos. Este instrumento es desarrollado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, basándose en la metodología del BSC/CMI, que utiliza varios indicadores para valorar aspectos como sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión asistencial en red y calidad de la atención. Pone énfasis en la evaluación anual para determinar el nivel de cumplimiento de los establecimientos autogestionados en red y en la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna; además, incorpora el concepto de metas diferenciadas según la cartera de servicios y la realidad local. El objetivo es optimizar la gestión de procesos clínicos, logísticos, financieros y de personas, para hacer frente a la demanda de cuidados de salud postergados, al margen de los lineamientos estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo a evaluar.

La aplicación del BSC como herramienta de gestión de Establecimientos de Autogestión en Red (EAR) tiene entonces la finalidad de mejorar la eficiencia de aquellos hospitales de mayor complejidad en Chile (anteriormente denominados establecimientos tipo 1 y 2). El fundamento de esta determinación apunta a poner en práctica una política pública con enfoque de derechos en salud, lo que anteriormente estaba restringido por los marcos jurídicos-administrativos vinculados a una rígida regulación en la administración del Estado y asuntos propios de la política fiscal, que a su vez, imponía reglas estrictas de expansión limitadas por el control de la dotación funcionaria y la escala única de remuneraciones, así como el gasto estatal extraordinario para subsanar las deudas del sector público con los proveedores del Estado; por otro lado, el ambiente competitivo entre sistema público y privado, demostró diferencias sustanciales en cuanto a la capacidad de oferta de servicios por este último. Así, la ley considera la transferencia de facultades administrativas desde los servicios de salud a los hospitales, y la capacidad de autogestión de los mismos en cuanto a su cartera de prestaciones, mecanismos de referencia-contrarreferencia y resolución de listas de espera.

La Ley 19.937 establece requisitos para optar al título de "EAR", reglamentando mecanismos para obtener dicha calidad y las facultades del Director(a); esto se materializa, en concreto, en el D.S. N°38 del año 2005, en trabajo interministerial del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda. En adición, el año 2011 se comienza a implementar el instrumento de evaluación,

basado en la metodología del BSC, la que como fue mencionado anteriormente, se destaca como herramienta de control de gestión, comparando cuatro perspectivas (Financiera; Aprendizaje y Desarrollo; Procesos Internos; y Usuarios), con cuatro estrategias de gestión administrativa (Sustentabilidad Financiera; Eficiencia Operacional; Gestión Asistencial en Red; y, Calidad de la Atención).

El presente estudio tiene como propósito comparar dos Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) de Chile, mediante el Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC), realizando un análisis del comportamiento de los distintos indicadores de esta herramienta de gestión administrativa y su proceso de implementación. Se hará una comparación a partir del cumplimiento global del BSC y su proceso de implementación, analizando en detalle los resultados de aquellos indicadores que entregan información respecto de la perspectiva de Procesos Internos. De acuerdo con lo anterior, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles estrategias son cruciales en la implementación y cumplimiento de procesos internos en el Hospital Luis Calvo Mackenna y el Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart?. La respuesta a esta interrogante nos permite analizar cuáles herramientas y prácticas de gestión son claves al momento de obtener un mejor desempeño hospitalario.

El Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM) es un centro docente asistencial pediátrico público chileno, perteneciente al SSMO, fundado en 1942, que entrega diversos servicios de consulta de especialidades, de urgencia y de hospitalización quirúrgica y médica para la Red Oriente de Chile y para todo el país en patologías de alta complejidad. Ubicado en Santiago de Chile, comuna de Providencia.

La visión que este centro de salud destaca es *“Somos un hospital de NNA (niños-niñas y adolescentes), de referencia nacional, de carácter asistencial, docente y de investigación, líder en la atención de alta complejidad”. “Comprometidos con los derechos de la infancia, la dignidad, el trato y el respeto de los y las pacientes, sus familias y funcionarios y funcionarias, quienes componen la comunidad hospitalaria”*

La misión que persiguen es *“Ser un hospital moderno y sustentable, acogedor y comprometido con la salud integral de los NNA, a la vanguardia en investigación y resolución de enfermedades de alta complejidad pediátrica, que a través del diálogo y el respeto, avanza en la construcción de una Comunidad Amigable”*

El Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart, perteneciente al SSCh, es el hospital base de la provincia de Chiloé, considerado de alta complejidad. Fue construido posterior al terremoto de 1960, funcionando como Hospital de Emergencia en 1963 y puesto en funcionamiento desde 1964.

En su misión destacan: *“Somos el Hospital de Alta Complejidad de la provincia de Chiloé, Asistencial – Docente, Acreditado y Autogestionado en Red, comprometido con la diversidad socio cultural y medioambiental de nuestro archipiélago, otorgando atenciones de salud con calidad, de forma segura y oportuna, con competencia técnica, integral, accesible y con equidad a nuestros usuarios, con eficiencia en el uso de los recursos, por medio de un equipo humano capacitado y comprometido con su labor, contribuyendo así al mejoramiento de la satisfacción usuaria de nuestra población.”*

En lo referente a su visión indican: “Ser un Hospital Asistencial Docente, basado en un Modelo de Atención de Salud Integral, que sea reconocido por la excelencia en la atención centrada en los usuarios”.

Como comparación general entre ambos establecimientos del desempeño global del Balanced Scorecard entre los años 2015 al 2018, se adjunta la siguiente tabla:

Institución	Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart				Hospital Luis Calvo Mackenna			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Puntaje Total Obtenido	149	147	136	139	160	165	149	146
Puntaje Total Máximo a Obtener	184	192	180	176	180	184	164	168
Porcentaje obtenido	80,98%	76,56%	75,56%	78,98%	88,9%	89,7%	90,9%	86,9%

Figura N°1: Tabla de Comparación Resultados BSC Globales por año (2015-2018), Hospital Augusto Riffart versus Hospital Luis Calvo Mackenna

Tal como es posible apreciar, en el total de indicadores por año, el desempeño del Hospital Luis Calvo Mackenna ha superado ampliamente a partir, principalmente, desde el año 2016, obteniendo incluso un nivel de cumplimiento sobre el 90% para el año 2017; en cambio, los puntajes totales obtenidos por el Hospital de Castro son inferiores al 80% en la mayoría de los años de estudio.

Posteriormente, en el desarrollo del presente estudio, se realizará un análisis en mayor profundidad respecto a cada año de evaluación e indicadores involucrados en los desempeños hospitalarios.

En conclusión, el estudio evaluará y comparará el cumplimiento de los hospitales enfocado en los indicadores de procesos internos, proporcionando una visión comparativa integral y detallada del desempeño estratégico de ambos hospitales autogestionados, mostrando las mejores prácticas y/o estrategias que puedan ser aplicables y beneficiosas para el mejoramiento continuo de la gestión y el cumplimiento de indicadores.

La importancia fundamental de este análisis radica en que, según las conclusiones que se encuentren entre la comparación de gestión de ambos hospitales, se puedan proporcionar recomendaciones de mejora continua en los procesos internos y en las herramientas que han permitido estos diferentes resultados y en su aplicación práctica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

La importancia del Cuadro de Mando Integral (CMI) radica en que traduce la estrategia y misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica (Kaplan & Norton, 2000). No pierde de vista la consecución de objetivos financieros pero a su vez mide la actuación de la organización desde cuatro perspectivas equilibradas: las finanzas, los clientes, los procesos internos y la formación y crecimiento, lo que permite a la vez seguir la pista de los resultados de los objetivos financieros y observar los progresos en la formación de aptitudes y la adquisición de los bienes intangibles necesarios para un crecimiento futuro.

Las empresas pasaron de una competencia de la Era Industrial en la cual obtenían los beneficios a través de una economía de escala con producción en masa de productos estándar, a una competencia en la Era de la Información en la cual las habilidades para explotar y movilizar sus activos intangibles, se ha convertido en algo mucho más decisivo que invertir y gestionar sus activos tangibles y físicos. Por esto, el modelo tradicional de contabilidad financiera ha quedado obsoleto al no incorporar la valoración de los activos intangibles de una empresa.

El CMI nace entre el choque de la fuerza de edificar capacidades competitivas de largo alcance y el modelo de contabilidad financiera de costo histórico. Esta matriz complementa los indicadores financieros de la actuación pasada con medidas de los inductores de actuación futura, expandiendo el conjunto de objetivos de las unidades de negocio más allá de los indicadores financieros.

El CMI pone énfasis en que los indicadores financieros y no financieros deben formar parte del sistema de información para empleados en todos los niveles de la organización (Kaplan & Norton, 2000). Los objetivos y medidas del CMI se derivan de un proceso vertical impulsado por el objetivo y la estrategia de la unidad de negocio; por lo que debe transformar estos objetivos y esta estrategia de unidad de negocio en objetivos e indicadores tangibles.

El CMI proporciona a los ejecutivos un amplio marco que traduce la visión y estrategia de una empresa en cuatro perspectivas diferentes. Proporciona un marco, una estructura y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia; utiliza las mediciones para informar a los empleados sobre los causantes del éxito actual y futuro. Este fenómeno es explicado gráficamente a continuación:



Figura N°2: El Cuadro de Mando integral como una estructura o marco estratégico para la acción (elaboración propia)

El CMI permite a los altos ejecutivos vigilar y ajustar la puesta en práctica de sus estrategias y si fuera necesario, hacer cambios fundamentales en la propia estrategia, esto se logra mediante las revisiones de gestión mensuales y trimestrales, las que examinan los resultados financieros pero también revisan la consecución de objetivos en cuanto a clientes, procesos y motivación internos y en cuanto a empleados, sistemas y procedimientos. Los directivos discuten cómo se consiguieron los resultados pasados y si sus expectativas para el futuro, siguen yendo por buen camino.

La introducción del nuevo instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red facilitó la toma de decisiones en los hospitales, así como la información proporcionada por el Cuadro de Mando Integral permitirá alinear a los equipos directivos, unidades, recursos y procesos. El objetivo principal del Cuadro de Mando Integral es medir la estrategia de la organización. (Sanhueza H., 2018, p. 1-56).

Para implementar el CMI, una vez que se han identificado la misión y la visión de la organización, es esencial seleccionar los temas estratégicos mediante un análisis detenido. Luego, se procede a la creación del Mapa Estratégico (ME) de la institución junto con las relaciones causa-efecto. El Mapa Estratégico, considera que cualquier estrategia es esencialmente una hipótesis, una predicción de los objetivos que, paso a paso, contribuirán al logro del efecto deseado. Es crucial establecer con claridad la hipótesis que sustentará la estrategia antes de elaborar el mapa.

La gestión implica administrar a través de la estrategia, no limitándose a la visión, sino tomando acciones concretas a corto y mediano plazo para alcanzar la visión a largo plazo de la institución.

Además, la gestión estratégica implica administrar tanto con indicadores de desempeño pasados como con indicadores de desempeño futuros.

El mapa estratégico se presenta como un diagrama de causa-efecto, una representación gráfica de la hipótesis en la que se basa la estrategia. Cuando se implementa el Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC), el Mapa Estratégico muestra la relación entre las cuatro perspectivas propuestas por el modelo (Cárdenas S.- Tito Iván, 2009. p. 105), el cual consiste en:

- Aclarar y traducir o transformar la visión y la estrategia: Durante esta etapa, se aborda la traducción de la estrategia mediante objetivos estratégicos específicos.
- Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos: Los objetivos e indicadores estratégicos del CMI se comunican internamente utilizando varios medios, como boletines, anuncios, reuniones y plataformas virtuales. El propósito es asegurar que todo el personal comprenda los objetivos a largo plazo y la estrategia para lograrlos.
- Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas: En esta etapa, se establecen objetivos para los indicadores del CMI a tres o cinco años, considerando las preferencias de los usuarios reales y potenciales. Identificar la actuación deseada es esencial para alinear las iniciativas estratégicas con los objetivos establecidos.
- Aumentar el feedback y formación estratégica: En esta fase, se establecen objetivos a largo plazo (de tres a cinco años) para los indicadores del CMI, teniendo en cuenta las preferencias de los usuarios actuales y potenciales. Identificar la actuación deseada es crucial para alinear las iniciativas estratégicas con estos objetivos establecidos.

La relación entre las cuatro perspectivas es de causa efecto, tal como se expone en la figura N°3; de esta manera se demuestra que, al existir variación en una de las perspectivas, se produce alteración en otras. (Giovarruscio, A.; Terraza, M.A., 2020, p.9).

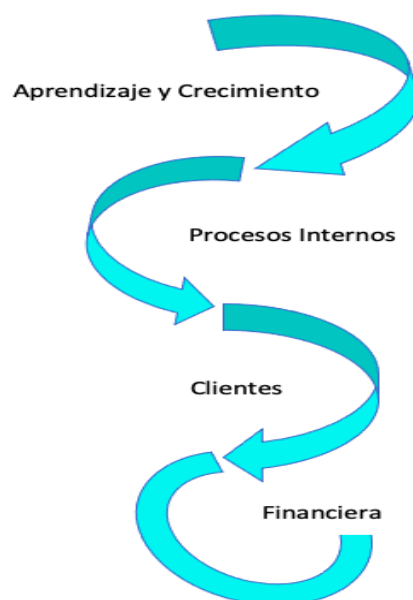


Figura N°3: Diagrama de Relación Causa-Efecto perspectivas BSC (elaboración propia).

Por ejemplo, si existe un buen manejo en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento referida al capital humano, la empresa u organización propenderá a un crecimiento interno (perspectiva de procesos internos) lo cual impactará positivamente en la calidad de los servicios y bienes proporcionados, lo que directamente beneficiará a los clientes. La satisfacción usuaria aumentará la rentabilidad, influyendo así en la perspectiva financiera, desarrollando de esta manera un proceso en cadena que se conoce como círculo virtuoso. (Giovarruscio, A.; Terraza, M.A., 2020, p 9-10).

El Mapa Estratégico ayuda a valorar la relevancia de cada objetivo estratégico, los cuales se presentan agrupados en perspectivas. Las perspectivas son aquellas dimensiones críticas clave en la organización. Las cuatro perspectivas más comúnmente utilizadas son:

1.- Clientes: ¿Qué debemos hacer para satisfacer las necesidades de nuestros clientes? Esta visión abarca métricas ampliamente empleadas en la actualidad, como la satisfacción del cliente, la lealtad del cliente, la participación en el mercado y la adquisición de clientes. (Niven P, 2000, p. 38).

2.- Procesos Internos: ¿En qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer esas necesidades?. En esta perspectiva, se destacan los procesos clave donde se debe seguir agregando valor a los clientes y a cada una de las disciplinas relacionadas con los clientes, requerirá el funcionamiento eficaz de ciertos procesos internos para servir a los clientes de la empresa y cumplir con su proposición de valor. El objetivo en esta perspectiva es identificar esos procesos y desarrollar las medidas más adecuadas para hacer un seguimiento de nuestros progresos y así satisfacer las expectativas de los usuarios.(Niven P, 2000, p. 39)

3.- Formación y Crecimiento: ¿Qué aspectos son críticos para poder mantener esa excelencia?. La formación continua y la capacitación del personal son fundamentales para el desarrollo del equipo, su satisfacción y el acceso a información relevante, así como para garantizar una coordinación eficaz. (Niven P, 2000, p. 40)

4.- Financiera: ¿Qué debemos hacer para satisfacer las expectativas de nuestros accionistas?. Las medidas financieras son un componente importante del cuadro de mando integral, nos dicen si la ejecución de nuestra estrategia, detallada a través de medidas elegidas en las otras perspectivas, nos está llevando a resultados finales mejores. (Niven P, 2000, p. 40)

Estas perspectivas están diseñadas para proporcionar una visión holística del rendimiento de la organización, integrando tanto medidas financieras como no financieras, y permitiendo a los líderes empresariales tomar decisiones más informadas y alineadas con la estrategia global de la organización. Las cuatro perspectivas del BSC se entrecruzan para desarrollar esta matriz; la herramienta de Kaplan y Norton se adaptó específicamente en lo sanitario público, la cual tiene su adaptación local a la realidad chilena plasmada en los instrumentos de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), demostrando que es una herramienta de gestión que permite enlazar estrategias y objetivos clave con desempeño y resultados.

Cada perspectiva cuenta con 4 Temas de Nivel Estrategias que son (mapa estratégico, figura N°5):

A.- Sustentabilidad Financiera.

B.- Eficiencia Operacional.

C.- Gestión Asistencial en Red.

D.- Calidad de la Atención.

A modo de respaldar empíricamente la aplicación del CMI, se pueden mencionar algunas experiencias en la gestión de establecimientos de salud.

En el ámbito internacional, la experiencia de Cuba persigue explicar los factores sociales que han permitido al Centro de Inmunología Molecular desarrollarse hasta su nivel actual, y aquellos que están afectando la interacción de las actividades científico-investigativas y productivas. Para ello se analizaron documentos de la organización, la estrategia del Centro de Inmunología Molecular dentro del proceso de planeación, indicadores de desempeño, así como la bibliografía internacional y nacional sobre el tema. De este análisis y revisión se obtuvo como resultado una experiencia positiva para el centro, al poder gestionar sus procesos de dirección a través de la misión, con procedimientos y un sistema de indicadores que no responde solamente a elementos financieros. Dichos resultados se reflejan en el CMI, todos los trabajadores, desde el nivel de producción hasta la alta dirección juegan un papel fundamental. Todo ello permitió comprobar que los sistemas de gestión ayudan a lograr la interacción de las actividades científico-investigativas y productivas en el Centro de Inmunología Molecular, lo cual constituye un elemento innovador dentro del CMI. (Padilla-Aguilar, D, 2014, p.1).

En Chile, se observa que el uso de la herramienta CMI ha permitido crear el Plan de Desarrollo Estratégico 2016-2018 del SSMS. La finalidad del desarrollo de la planificación estratégica del servicio está asociada a implementar y monitorear a través de un cuadro de mando integral, un plan de desarrollo estratégico trianual con enfoque RISS, con un horizonte de operación de tres años, en el intervalo de tiempo del año 2016 al 2018, estructurando la planificación en tres etapas:

- Identificación de elementos direccionales
- Formulación estratégica
- Priorización, Formulación Final y Difusión.

La primera etapa dio como resultado la definición de misión y visión institucional. La segunda tuvo un marco de desarrollo que abordó el análisis interno y externo, construcción de la matriz FODA, definió las líneas estratégicas, y por último desarrolló los objetivos, indicadores, y el mapa estratégico de la institución. Se obtuvieron líneas estratégicas luego de la ejecución de las tareas de análisis y siguiendo la metodología de "Cuadro de Mando Integral" el equipo de trabajo del Servicio desarrolló los objetivos estratégicos junto a sus indicadores, para finalmente establecer el "Mapa estratégico del Servicio Metropolitano Sur". (Salgado O, 2015, p.7)

El equipo del SSMS se planteó el objetivo general de disponer de un plan de desarrollo estratégico, que considerara el marco conceptual de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como modelo de funcionamiento del Servicio de Salud Sur, e implementar un cuadro de mando integral, que permitiera monitorear los compromisos y metas establecidas del plan estratégico, a objeto de fortalecer la gestión estratégica y contribuir al logro de los macro objetivos ministeriales.

Otra experiencia nacional es el uso de BSC como herramienta de gestión hospitalaria del Hospital Militar. Esta tuvo como objetivo proponer el BSC para plantear y modelar las

problemáticas del negocio y las necesidades para la implementación. El alcance fue contar con un sistema de control de gestión que considerara las necesidades y características de mercado de salud y que dicho sistema permitiera el control de variables internas y externas, además de vincular la estrategia con el accionar de la organización. El alcance de la investigación fue diseñar un CMI, para el Hospital Militar y así poder ayudar al hospital en las nuevas tareas de gestión que promueve.

Una de las grandes problemáticas en la aplicación del modelo de este hospital, fue la falta de información para realizar una buena validación de los datos a estudiar para su posterior toma de decisiones, así también confirmar que el modelo presentado satisface las necesidades de medición y control que requiere el Hospital Militar. Dentro de las limitaciones cabe mencionar que durante la implementación existirán contingencias en distintos ámbitos los cuales pueden estar asociados a las diferentes perspectivas, generando una entropía en cada una de ellas y también en los procesos internos; una vez controladas estas contingencias, se implementará el modelo CMI como lo estructura el marco teórico. (Caprile Rojas A., Gonzalez Acevedo J., 2004, p.3 - 4)

Durante el período 2005-2010, se utilizó un instrumento de evaluación con más de 250 indicadores que era riguroso en su enfoque binario y se centraba en aspectos estructurales. Sin embargo, en 2011 se introdujo un sistema transversal para evaluar los establecimientos autogestionados en red. Este nuevo enfoque se basó en el Cuadro de Mando Integral (CMI), una herramienta estratégica que proporciona una visión comprensible de la responsabilidad de alta dirección y unidades, alineando la gestión con la visión de futuro del MINSAL. (Santelices cuevas E. ; Delgado Sáez M.; Criado Pinto F.; Cortés Lacoste V. , 2015, p. 7-8).

Desde entonces y hasta la actualidad, se ha seguido un proceso de acompañamiento a estos establecimientos para que el CMI no sólo sea un instrumento de medición anual, sino también un medio para mejorar la gestión hospitalaria en aspectos financieros, procesos internos, gestión clínica y calidad de atención, todo centrado en el usuario. A continuación, se detalla la evolución del instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red.

La versión del instrumento de evaluación del año 2015 contiene 47 indicadores que reflejan los procesos estratégicos que un establecimiento hospitalario debería controlar para una gestión exitosa, incluyendo (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión clínica y (4) Excelencia de la atención.

En el año 2016, la versión del instrumento de evaluación aumentó a 48 indicadores, manteniendo el enfoque en los procesos estratégicos para una gestión exitosa en los hospitales autogestionados en red.

En el año 2017, la versión del instrumento de evaluación redujo ligeramente su cantidad a 45 indicadores, continuando con el énfasis en los procesos estratégicos para una gestión exitosa en los hospitales autogestionados en red.

La versión del instrumento de evaluación del año 2018 se mantuvo con 45 indicadores, abordando los procesos estratégicos necesarios para una gestión exitosa en los hospitales autogestionados en red, incluyendo (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión clínica y (4) Excelencia de la atención.

Actualmente, la versión 2024 del instrumento de evaluación ha reducido su cantidad de indicadores a 31, enfocándose en los procesos y resultados clave para una gestión exitosa en los establecimientos hospitalarios autogestionados en red. Estos indicadores abarcan estrategias como (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión asistencial en red y (4) Calidad de la atención.

Este instrumento tiene una periodicidad de evaluación mensual y anual, permitiendo la aplicación oportuna de intervenciones correctivas ante cualquier déficit detectado en los indicadores, contribuyendo así a una gestión efectiva a nivel hospitalario y de la red de salud en su conjunto.

En total, la matriz incluye 31 indicadores (instrumento de evaluación 2024 de EAR), que se organizan según lo mostrado en la figura N°4.

Balanced Scorecard Hospitalario	Temas Estratégicos				Total Indicadores
Perspectiva	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	
Perspectiva Usuario	1	4	8	2	15
Perspectiva Procesos Internos	4	5	1	1	11
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	3	0	0	1	4
Total	8	10	9	4	31

Figura N°4: Tabla “Número total de indicadores por perspectiva. Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red 2024”. (Diciembre, 2023). MINSAL

Cada indicador tiene su propia ficha técnica donde se detallan los aspectos esenciales para su medición, como la descripción, el responsable de su seguimiento, la fuente de los datos utilizados, la fórmula de cálculo, la meta a alcanzar, entre otros elementos relevantes. (Cid Alvarado, S; Astorga Inostroza L; Cocio Salas, A; Esturillo Vivar, C. (2024). p., 17)

La construcción de estos 31 indicadores vienen de los objetivos estratégicos que se desarrollan en un mapa, el cual es una herramienta visual que permite explicar de forma clara la estrategia de la organización al establecer conexiones entre los diferentes objetivos e indicadores, organizados en relaciones de causa y efecto. Estos elementos se agrupan según las cuatro perspectivas clave que abarcan la estrategia:

1. **Perspectiva de Usuarios:** En esta perspectiva se consideran los objetivos relacionados con la satisfacción y las necesidades de los usuarios o clientes de la organización.
2. **Perspectiva de Procesos Internos:** Aquí se abordan los objetivos vinculados a la eficiencia, calidad y mejora de los procesos internos de la organización para lograr resultados óptimos.
3. **Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo:** En esta perspectiva se plantean los objetivos relacionados con el crecimiento y desarrollo del capital humano, así como la adquisición de conocimientos y habilidades necesarios para alcanzar las metas estratégicas.
4. **Perspectiva Financiera:** Finalmente, esta perspectiva engloba los objetivos relacionados con el desempeño financiero de la organización, incluyendo la generación de ingresos, la gestión eficiente de recursos y la rentabilidad.

El mapa estratégico del BSC (figura N°5) proporciona una visión integral de la estrategia organizacional al mostrar cómo los objetivos en cada perspectiva se relacionan entre sí para

impulsar el éxito global de la organización.(Cid Alvarado, S; Astorga Inostroza L; Cocio Salas, A; Esturillo Vivar, C. 2024. p. 13-15).

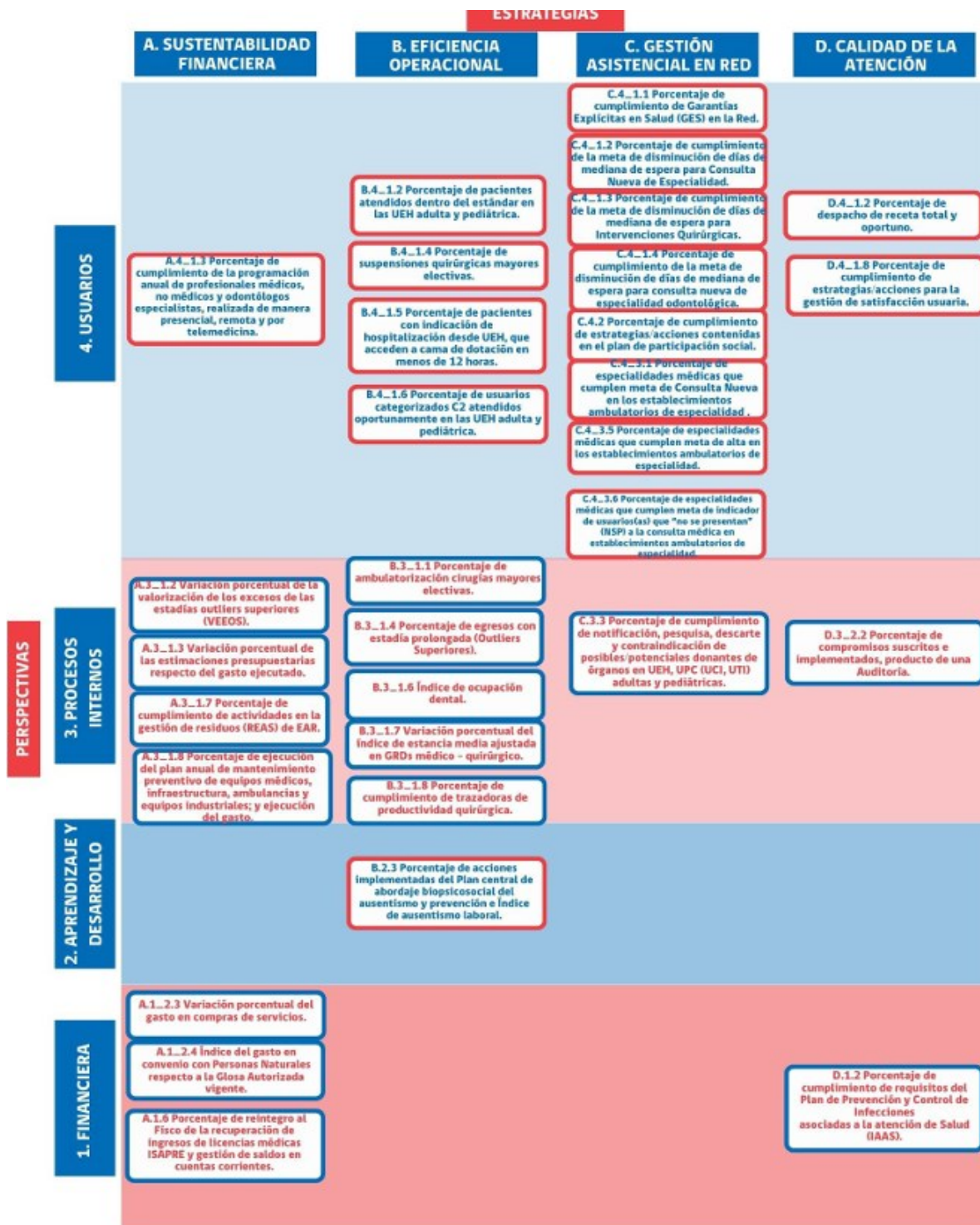


Figura N°5: Mapa Estratégico. Instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red 2024. (Diciembre, 2023). MINSAL

Si bien, todas las perspectivas son importantes en un Balanced Scorecard (BSC), la razón principal para analizar las perspectivas de procesos internos radica en su estrecha relación con el trabajo directo de los equipos, sumado al hecho de que los indicadores de las cuatro estrategias de esta perspectiva, son más objetivables y de clara identificación. Esta perspectiva

permite optimizar el funcionamiento interno para garantizar agilidad y eficacia, dado que los resultados de estos procesos impactan directamente en la ejecución de las tareas diarias. Al profundizar en estos procesos, se facilita la comprensión de cuáles son fundamentales para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, proporcionando así una base sólida para la toma de decisiones y la mejora continua de la organización.

A través de esta perspectiva se define cuál o cuáles son los procesos internos de la organización que esta misma debe mejorar para lograr los objetivos estratégicos, que cuentan con los siguientes indicadores, según sus cuatro estrategias:

A.- Sustentabilidad Financiera:

- **Indicadores que se repiten en todos los períodos:**
 - Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas.
 - Porcentaje de Disminución de la Deuda.

- **Indicadores que se repiten en los períodos 2015 y 2016:**
 - Porcentaje de Prestaciones Costeadas.

- **Indicadores que se repiten en los períodos 2016, 2017 y 2018:**
 - Porcentaje de Ambulatorización de CMA Trazadoras.
 - Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas.

- **Indicadores que están presentes en un solo período:**
 - Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas (año 2017)
 - Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas (año 2018)

B.- Eficiencia Operacional:

- **Indicadores que se repiten en todos los períodos:**
 - Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno
 - Rendimiento de las Horas Contratadas

- **Indicadores que se repiten en los períodos 2015 y 2016:**
 - Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria
 - Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UEH
 - Porcentaje de Cirugías Mayor Ambulatoria en pacientes Mayores de 15 años
 - Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3
 - Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos
 - Porcentaje de Implementación Dosis Diaria
 - Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas
 - Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico
 - Promedio de días de Hospitalización Prequirúrgicos
 - Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos (DM)

- **Indicadores que se repiten en los períodos 2017 y 2018:**
 - Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos

- Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas
 - Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico
 - Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos
 - Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria
 - Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional
 - Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras
 - Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una Cama de Dotación
- **Indicadores que están presentes en un solo período:**
 - Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia (2018).

C.- Gestión Clínica

**No existen indicadores que se repitan en los 4 períodos, por lo que se señalan los siguientes:*

- **Indicadores que se repiten en los períodos 2015 y 2016:**
 - Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos
- **Indicadores que se repiten en los períodos 2016 y 2017:**
 - Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos.
- **Indicadores que se repiten en los períodos 2017 y 2018:**
 - Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado.
- **Indicadores que están presentes en un solo período:**
 - Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH y UCIs (2018).

D.- Calidad (Excelencia) de la Atención:

- **Indicadores que se repiten en todos los períodos:**
 - Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría.
- **Indicadores que se repiten en los períodos 2015 y 2016:**
 - Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación.
- **Indicadores que se repiten en los períodos 2016, 2017 y 2018:**
 - Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.
- **Indicadores que están presentes en un solo período:**
 - Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación (2017).

Cada organización debe diseñar su Cuadro de Mando Integral (CMI) de acuerdo con su propia estrategia. El modelo pretende ofrecer una especie de "receta" para la creación de esta herramienta de gestión, basándose en adaptaciones de procesos y diseños aplicados en diversas empresas y organizaciones.

La evaluación detallada de las prácticas y estrategias utilizadas para alcanzar los indicadores establecidos permitirá identificar aquellas áreas en las que los hospitales puedan presentar ventajas o deficiencias. Se buscará comprender los motivos que puedan estar influyendo en el incumplimiento de ciertos indicadores, con el objetivo de proponer un plan de mejora o brindar recomendaciones que fortalezcan el desempeño de los establecimientos evaluados.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar comparativamente los resultados globales del Balanced Scorecard (BSC) con foco en la perspectiva de procesos internos y seguimiento de los establecimientos Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart, en el período 2015-2018, para así conocer cuáles herramientas o prácticas de gestión son claves al momento de obtener un mejor desempeño hospitalario.

Objetivos Específicos:

- 1.- Analizar comparativamente el cumplimiento de indicadores de gestión desde las perspectivas de procesos internos del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart, en el período 2015-2018.
- 2.- Contrastar los resultados con la historia del proceso de implementación, seguimiento y control del BSC de ambos establecimientos, identificando prácticas y herramientas de gestión que permiten un mejor resultado en los indicadores analizados y por ende un mejor desempeño hospitalario.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

Estudio de diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo comparativo del desempeño del BSC en el cumplimiento global, y, en detalle, en la perspectiva de procesos internos durante el período 2015 a 2018, cuyos establecimientos estudiados son dos de los Hospitales Autogestionados en Red en Chile, Dr. Luis Calvo Mackenna en Santiago y Dr. Augusto Riffart de Castro, Isla de Chiloé.

Las fuentes de información utilizadas fueron los Indicadores EAR entre los años 2015 a 2018 de cada establecimiento, además de las experiencias recopiladas mediante una encuesta a los actores claves en la gestión de ambas instituciones.

Es importante mencionar que, para el levantamiento de los datos, no se requirió consentimiento informado ni someter el protocolo de la investigación a un Comité de Evaluación Ética debido a que el estudio no fue aplicado en humanos ya que el acceso a la información fue a través de un sistema de información de la gestión hospitalaria, sin recurrir a información sensible de usuarios.

Una vez seleccionados los 2 establecimientos para el estudio, se llevó a cabo la presentación del proyecto de tesina a ambos establecimientos hospitalarios, a través de sus respectivos directores.

Para conocer las prácticas y estrategias de implementación del BSC se incluyeron entrevistas a informantes claves del proceso en ambos hospitales, buscando conocer los años de implementación, los integrantes del equipo que llevan el seguimiento, la estabilidad de ellos, las actividades de apoyo y seguimiento, el rol de los equipos directivos, la estructura organizacional y prácticas como transferencia de responsabilidad a los equipos ejecutores y resultados de la planificación realizada para la obtención de resultados positivos.

Los investigadores realizaron trabajo de recopilación de información, de 2 maneras principales, explicadas a continuación:

1) Recolección de información de resultados globales y específicos del BSC para Establecimientos Autogestionados en Red de los años 2015, 2016, 2017 y 2018, de los hospitales HLCM y HAR.

Para ello, se recurrió tanto a revisión bibliográfica en línea de los instrumentos de evaluación de los períodos evaluados, como por solicitud directa a referentes del área de Control de Gestión; en el caso del Hospital de Castro, se recurrió al referente de dicha unidad del SSCh y a referentes del mismo establecimiento hospitalario; por otro lado, en el caso del Hospital Luis Calvo Mackenna, la solicitud de información se realizó de manera centralizada con apoyo de Subdirectora de Gestión Clínica.

2) Entrevistas dirigidas a actores claves de los hospitales, tales como jefaturas o referentes de áreas.

Se elaboraron encuestas compuestas por 4 preguntas dirigidas a los actores clave en la gestión hospitalaria. Estas preguntas fueron diseñadas para obtener información sobre la gestión del Balanced Scorecard (BSC) dentro de sus organizaciones y para recopilar opiniones y recomendaciones en mejorar su implementación y eficacia. Las preguntas son las siguientes:

1. **¿Cómo explicaría la gestión del BSC dentro de la organización, según su experiencia?** Esta pregunta busca comprender cómo los encuestados perciben y explican la gestión del BSC dentro de sus respectivas organizaciones, basándose en su experiencia y conocimientos.
2. **¿Qué estrategias utiliza para el uso eficiente de los recursos en el área consultada?** Aquí se indaga sobre las estrategias específicas que los encuestados aplican para asegurar un uso eficiente de los recursos dentro del área que gestionan, en relación con el BSC.
3. **¿Cuáles considera que son las ventajas y desventajas en la aplicación del BSC como herramienta de gestión en su organización?** Esta pregunta busca identificar las percepciones de los encuestados sobre las ventajas y desventajas que experimentan al utilizar el BSC como herramienta de gestión en sus organizaciones.
4. **¿Qué recomendaciones nos brindaría para lograr una mejora continua en la implementación y uso del BSC como herramienta de gestión?** Finalmente, se solicita a los encuestados que compartan sus recomendaciones en la implementación y el uso del BSC, con el objetivo de lograr una gestión más efectiva y eficiente.

Luego, se enviaron correos electrónicos a los encargados (Directivos y/o jefaturas de área de gestión) con una presentación del grupo de tesina y una introducción al tema investigado.

Se remitió a cada uno la encuesta consistente en 4 preguntas buscando comprender los motivos que pudiesen estar influyendo en el cumplimiento o incumplimiento de ciertos indicadores, con el objetivo de proponer un plan de mejora o brindar recomendaciones que contribuyan a fortalecer el desempeño de los establecimientos evaluados. Mediante esta encuesta buscamos conocer entre otros los años de implementación, los integrantes del equipo que lleva el seguimiento, la estabilidad de ellos, las actividades de apoyo seguimiento y control, el rol y responsabilidad de los equipos directivos, la estructura organizacional y prácticas como transferencia o delegación de responsabilidad a los equipos ejecutores.

- Director del Establecimiento
- Subdirector Médico (SDM)
- Subdirector Administrativo (SDA)
- Gestor de Pacientes/Usuarios
- Encargado de Abastecimiento de Dispositivos Médicos
- Encargado de Mantenimiento de Equipos Médicos
- Encargado de Área Quirúrgica
- Encargado de Auditoría
- Encargado de Farmacia
- Encargado de Pabellón Quirúrgico
- Encargado de Finanzas
- Jefatura Servicio de Urgencias

Además del envío de encuestas por correo electrónico, se decidió concretar entrevistas de manera presencial o telemática con actores claves del equipo directivo y de jefaturas intermedias de HLCM y HAR. Se realizaron formatos para dichas entrevistas, a modo de abordar de manera similar la recopilación de información, poniendo énfasis en las prácticas de gestión adoptadas en cada establecimiento, no sólo dirigidas al BSC, sino intentando conocer el abordaje que como recinto y equipo hospitalario realizan en cuanto a planificación estratégica para el logro de

objetivos y metas propuestos, cuyo resultado nos permite tener un acercamiento a las prácticas diferenciadas que explican la variación en los resultados de los puntajes obtenidos en el BSC.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Resultado de Indicadores

Para la evaluación de cada indicador de gestión, de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento de la meta definida, se otorga de 0 a 4 puntos, y para aquellos indicadores que consideran como resultado las variables “Sí” o “No”, la puntuación será de 4 o 0, respectivamente. Cabe destacar que este desglose es particularmente sobre la perspectiva de procesos internos.

La sumatoria de las notas obtenidas en cada indicador de gestión determina el resultado final de la evaluación.

Hospital Luis Calvo Mackenna						
Año	Total Indicadores	Cantidad de indicadores que aplican	Cantidad de indicadores que NO APLICAN	Puntaje obtenido (a)	Puntaje máximo posible (b)	Porcentaje de cumplimiento (A/B*100)
2015	19	17	2	64	68	94%
2016	20	18	2	68	72	94%
2017	20	17	3	63	68	93%
2018	19	17	2	60	68	88%

Figura N°6: Tabla - Resultados Globales BSC - Perspectiva Procesos Internos, por año (2015-2018). Hospital Luis Calvo Mackenna

Hospital Augusto Riffart						
Año	Total Indicadores	Cantidad de indicadores que aplican	Cantidad de indicadores que NO APLICAN	Puntaje obtenido (a)	Puntaje máximo posible (b)	Porcentaje de cumplimiento (A/B*100)
2015	19	18	1	60	72	83%
2016	20	20	0	67	80	84%
2017	20	20	0	68	80	85%
2018	19	19	0	71	76	93%

Figura N°7: Tabla - Resultados Globales BSC - Perspectiva Procesos Internos, por año (2015-2018). Hospital Dr. Augusto Riffart

En los cuadros resumen se muestran los porcentajes de cumplimiento por año, donde en el período evaluado se observa un porcentaje superior al 80% de cumplimiento en ambos hospitales respecto a perspectiva de proceso internos. Se pudo determinar que de acuerdo a

datos extraídos de la matriz de indicadores que el HLCM obtuvo un mayor cumplimiento los años 2015,2016 y 2017 a diferencia del 2018 donde el HAR obtiene un cumplimiento mayor.

5.1.1 Resumen del cumplimiento por establecimiento según estrategia

A continuación se presentan 4 tablas, correspondientes al resumen de cumplimiento de ambos establecimientos, según las cuatro estrategias: sustentabilidad financiera, gestión clínica, eficiencia operacional y excelencia de la atención. Para la interpretación de los resultados, se muestra la simbología de cada color asociado a su respectivo puntaje, el cual nos muestra el real estado del indicador en tiempo real.

Símbolo	Color	Puntos
	Rojo	0-2
	Amarillo	3
	Verde	4

SUSTENTABILIDAD FINANCIERA								
Nombre del Indicador	(Hospital Luis Calvo Mackenna)				(Augusto Riffart)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de Disminucion de la Deuda	● 0	● 4	● 4	● 0	● 4	● 4	● 0	● 4
Porcentaje de Prestaciones Costeadas	● 4	● 4	-	-	● 4	● 4	-	-
Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas	NA	● 4	● 4	● 4	NA	● 0	● 0	● 1
Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas	-	-	● 4	● 4	-	-	● 4	● 4
Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas	-	-	● 4	-	-	-	● 4	-
Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas	-	-	-	● 4	-	-	-	● 4
PUNTAJE MAXIMO ESPERADO	8	12	16	16	8	12	16	16
PUNTAJE OBTENIDO EN EL PERIODO	4	12	16	12	8	8	8	13
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO EN EL PERIODO	50%	100%	100%	75%	100%	67%	50%	81%

Figura N°8: Tabla Comparativa Resultados Cumplimiento BSC Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital Augusto Riffart - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Sustentabilidad Financiera, por año (2015-2018).

El Hospital Luis Calvo Mackenna muestra una mejora continua en sus puntajes de 2015 a 2017, alcanzando un 100% de cumplimiento en 2016 y 2017. En 2018, aunque el cumplimiento disminuyó a 75%, mantuvo un alto rendimiento. Respecto al Hospital Augusto Riffart podemos apreciar que tiene indicadores más fluctuantes, con un cumplimiento del 100% en el año 2015, luego con una disminución significativa en 2017 (50%) seguida de mejoras en 2018 (81%).

Para ambos establecimientos, en el 2015 no se obtuvo puntaje en el indicador "Porcentaje de devengamiento oportuno de facturas", debido a que se le aplicó el criterio No Aplica, por indicación desde nivel central. Posteriormente, el HLCM mantuvo el puntaje máximo de este indicador en todos los períodos hasta el 2018; sin embargo, HAR se mantuvo permanentemente con alertas en rojo de incumplimiento, con resultados 0-0-1 en los años 2016, 2017 y 2018, respectivamente. De acuerdo con lo indicado por el Jefe de Control de Gestión de dicho establecimiento, aún ejecutando las acciones propuestas por la ficha técnica (programación de pago a proveedores, establecer disponibilidad de recursos y procesos de trazabilidad de las facturas), no se logró mejorar el resultado, debido a falta de presupuesto aportado al hospital para efectuar el pago oportuno en un plazo no superior a 60 días de acuerdo con lo normado por la Ley 19.937.

En general, ambos establecimientos hospitalarios muestran un compromiso con la mejora de la sustentabilidad financiera, aunque con variaciones anuales en su desempeño.

GESTION CLINICA								
Nombre del Indicador	(Hospital Luis Calvo Mackenna)				(Augusto Riffart)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos	● 4	● 4	-	-	● 2	● 4	-	-
Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos	-	NA	NA	-	-	● 4	● 4	-
Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado	-	-	● 3	● 4	-	-	● 4	● 4
Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH y UCIs	-	-	-	● 4	-	-	-	● 4
PUNTAJE MAXIMO ESPERADO	4	4	4	8	4	8	8	8
PUNTAJE OBTENIDO EN EL PERIODO	4	4	3	8	2	8	8	8
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO EN EL PERIODO	100%	100%	75%	100%	50%	100%	100%	100%

Figura N°9: Tabla Comparativa Resultados Cumplimiento BSC Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital Augusto Riffart - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Gestión Clínica, por año (2015-2018).

El Hospital Luis Calvo Mackenna en 2015 y 2016, obtuvo un 100% de cumplimiento, pero la puntuación bajó a 75% en 2017 antes de volver a 100% en 2018. En el año 2017, tuvo alerta amarilla el indicador "Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento", sin embargo, mejoró su resultado en el período siguiente, correspondiente al año 2018, obteniendo indicador en "verde".

El Hospital Augusto Riffart, comenzó con un 50% de cumplimiento en 2015 debido a un bajo puntaje en "Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos". Desde 2016 en adelante, mantuvo un 100% de cumplimiento. Gestión consistente en la notificación y registro de donantes de órganos.

Ambos hospitales han mostrado un buen desempeño en varios indicadores, especialmente en los años más recientes.

El Hospital Augusto Riffart ha mantenido una consistencia notable desde 2016 en adelante.

Ambos hospitales muestran un buen nivel de gestión clínica con algunas áreas específicas que requieren atención continua.

EXCELENCIA DE LA ATENCION								
Nombre del Indicador	(Hospital Luis Calvo Mackenna)				(Augusto Riffart)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación	● 4	● 4	-	-	● 2	● 4	-	-
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4
Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría	● 4	-	-	-	● 2	-	-	-
Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	-	● 4	● 4	● 4	-	● 4	● 4	● 3
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación	-	-	● 4	-	-	-	● 4	-
PUNTAJE MAXIMO ESPERADO	12	12	12	8	12	12	12	8
PUNTAJE OBTENIDO EN EL PERIODO	12	12	12	8	8	12	12	7
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO EN EL PERIODO	100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%	88%

Figura N°10: Tabla Comparativa Resultados Cumplimiento BSC Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital Augusto Riffart - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Excelencia de la Atención, por año (2015-2018).

El Hospital Luis Calvo Mackenna ha demostrado un desempeño consistente en todos los indicadores evaluados durante los cuatro años (2015-2018), logrando el 100% de cumplimiento.

El Hospital Augusto Riffart mostró una mejora significativa desde 2015 hasta 2016, manteniendo un 100% de cumplimiento en 2016 y 2017, pero tuvo una ligera disminución en 2018 con un 88% de cumplimiento. El único indicador que se repite en todos los periodos fue el de "Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría, manteniéndose en todos los años "en verde" con el puntaje máximo. Los indicadores en alerta roja asociados a HAR, se encuentran presentes únicamente en el año 2015, siendo "Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación" y "Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementadas producto de una Auditoría". El primero

de ellos se volvió a presentar en el año 2016, mejorando su puntaje y obteniendo indicador “en verde”; por otro lado, el segundo, no fue indicador presente más que en el período 2015, por lo que no se puede asociar mejora o no en períodos posteriores.

El Hospital Luis Calvo Mackenna ha demostrado ser más consistente y eficiente en el cumplimiento de los indicadores evaluados en comparación con el Hospital Augusto Riffart. Aunque este último mostró una mejora sustancial después de 2015.

EFICIENCIA OPERACIONAL								
Nombre del Indicador	(Hospital Luis Calvo Mackenna)				(Augusto Riffart)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	● 4	● 4	● -	● -	● 4	● 4	● -	● -
Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UEH	● 4	● 4	● -	● -	● 4	● 4	● -	● -
Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras	-	-	NA	NA	-	-	● 1	● 4
Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional	-	-	● 4	● 4	-	-	● 4	● 4
Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	-	-	● 4	● 4	-	-	● 4	● 4

Porcentaje de Cirugías Mayor Ambulatoria en pacientes Mayores de 15 años	NA	NA	-	-	0	4	-	-
Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	4	4	4	4	3	3	3	3
Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3	4	4	-	-	4	4	-	-
Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	4	4	4	4	4	4	4	4
Porcentaje de Implementación Dosis Diaria	4	4	-	-	4	4	-	-
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	4	4	4	4	4	4	4	4
Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia	-	-	-	4	-	-	-	4

Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3	-	-	● 4	-	-	-	● 4	-
Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación	-	-	● 4	-	-	-	● 4	-
Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4	● 4
Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos	● 4	● 4	NA	NA	● 3	● 0	● 4	● 4
Rendimiento de las Horas Contratadas	● 4	● 0	● 0	● 0	● 4	● 0	● 4	● 4
Rotación de Inventario de Dispositivos Medicos (DM)	● 4	● 4	-	-	● 4	● 4	-	-
Variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación	-	-	-	● 4	-	-	-	● 4
PUNTAJE MAXIMO ESPERADO	44	44	36	36	48	48	44	44
PUNTAJE OBTENIDO EN EL PERIODO	44	40	32	32	42	39	40	43
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO EN EL PERIODO	100%	91%	89%	89%	88%	81%	91%	98%

Figura N°11: Tabla Comparativa Resultados Cumplimiento BSC Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital Augusto Riffart - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Eficiencia operacional, por año (2015-2018).

El Hospital Luis Calvo Mackenna muestra una tendencia de cumplimiento bastante estable, con una ligera disminución en 2017 y una recuperación en 2018. Su porcentaje de cumplimiento es consistentemente alto, variando entre 86% y 100%.

El Hospital Augusto Riffart ha mostrado una notable variabilidad en su desempeño a lo largo de los años. Después de una disminución en 2016, hubo una mejora en 2017, y una mejora significativa en 2018, alcanzando un desempeño sobresaliente del 98%. Este incremento notable en 2018 indica una mejora considerable en comparación con los años anteriores.

Entre los indicadores, llama la atención el “Porcentaje de Ambulatorización de CMA Trazadoras” que mostró una mejora significativa en HAR. Las cirugías categorizadas como trazadoras

incluyen colecistectomías y hernioplastias, que deben ser realizadas por médicos especialistas en cirugía de adultos. Según el Jefe de Control de Gestión del HAR, para alcanzar este objetivo, se realizaron diversas compras de servicio y se efectuó una fuerte inyección presupuestaria destinada al aumento de la dotación de cirujanos. Esto permitió que los médicos con mayor trayectoria y experiencia pudieran enfocarse en resolver las listas de espera tanto para consultas nuevas como para intervenciones quirúrgicas, promoviendo así la ambulatorización de aquellas cirugías que cumplan con los requisitos. Actualmente, para favorecer este proceso, se llevan a cabo análisis clínicos mediante reuniones entre Control de Gestión y el equipo de jefaturas médicas, con el objetivo de identificar a los pacientes que pueden ser candidatos para la ambulatorización de su cirugía mayor. Este enfoque permite mejorar el rendimiento del indicador de ambulatorización.

También, otro indicador a destacar en HAR, es el repunte que tuvo con respecto a 2015 y 2016, y obteniendo puntaje máximo en 2017 y 2018 fue “Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos” la mejora de los tiempos en los tiempos de estadía antes de la cirugía se debe a mejoras en la eficiencia y coordinación entre servicios. Esta coordinación fue crucial, al igual como vimos en el indicador “Porcentaje de Ambulatorización de CMA Trazadoras” para la mejora global en la estrategia de Eficiencia Operacional del establecimiento, aumentando el cumplimiento general del 88% en 2015 al 98% en 2018.

La mantención en HAR del indicador “Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuna” en amarillo en todos los períodos analizados, según lo informado por Control de Gestión persiste como un desafío y un área de mejora. Se han implementado reuniones y planes de trabajo con el jefe del Centro de Responsabilidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (CRADYT) y el jefe de Farmacia, quien depende directamente del antes mencionado. Estas acciones están orientadas a mejorar el control de stock de medicamentos, con el objetivo de alcanzar la meta establecida de un puntaje máximo de 99,5% o más.

En HLCM llama la atención el comportamiento del indicador “Rendimiento de Horas Contratadas” el cual muestra un excelente puntuación en el año 2015, pero durante los siguientes períodos cae a puntaje cero. Esto puede ser explicado por exceso de contratación de personal clínico en relación a la alta demanda de atenciones de niños y adolescentes, que depende del peak de enfermedades infecto-contagiosas, o, puede deberse también a que el HLCM tiene un carácter resolutor de patologías de alta complejidad, que demandan personal más especializado y tiempos de estadía hospitalaria más prolongados. Otro factor a tener en consideración, es la rigurosidad en los registros estadísticos del REM-BS, que es aquel donde se registran las distintas prestaciones realizadas por el establecimiento y que representan un valor agregado por el cual FONASA genera un pago a los Servicios de Salud; se debe registrar todas las prestaciones que den cuenta de la producción hospitalaria (consultas de especialidades, intervenciones quirúrgicas, procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico, y días de hospitalización), para generar el cálculo del Índice Agregado de Actividad (IAAC); por otro lado, se debe tener en cuenta la Dotación Efectiva del establecimiento (de las leyes 18.834, 19.664 y 15.076), por lo que, situaciones de contingencia, climas laborales y débiles prácticas sobre el ausentismo laboral, generarán una mayor contratación de personal, un mayor gasto asociado a subtítulo 21, pero no necesariamente un mayor nivel de producción.

5.2 Explicación de cada indicador

En este apartado se explica brevemente cada indicador de la perspectiva de Procesos Internos, subclasificado en las 4 estrategias representadas en los cuadros resumen. Para mayor profundización, se anexa para cada indicador su ficha técnica, un gráfico y tacómetros de comportamiento de los períodos estudiados (revisar sección Anexos, N°8).

5.2.1 Estrategia: Eficiencia Operacional

Metodología enfocada en maximizar la productividad y optimizar los recursos disponibles, con el objetivo de generar la mayor rentabilidad posible para una organización, tanto en términos financieros como productivos.

Eficiencia Operacional		
Indicador	Descripción	Responsable
Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Mide el porcentaje de pacientes categorizados al ingreso a un Servicio de Urgencia, mediante un instrumento para categorizar, previamente estandarizado.	Encargado de Servicio de Urgencia
Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UEH	Mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), acceden a una cama en un tiempo menor a 12 horas.	Gestor de Pacientes o <u>Subdirector Médico</u>
Porcentaje de Cirugías Mayor Ambulatoria (CMA) en pacientes Mayores de 15 años	Mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores definidas: hernias umbilicales, inguinales, crurales, línea blanca, colecistectomía por videolaparoscopia en pacientes mayores de 15 años.	Encargado de Área Quirúrgica
Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	Mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado.	Encargado de Farmacia
Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3	Mide el porcentaje de las camas, que se encuentran ocupadas por pacientes categorizados D2 y D3. No considera las camas de Obstetricia (puerperio y alto riesgo), Psiquiatría y Pensionado. Para efectos de la aplicación de la fórmula, se deben excluir estos servicios del numerador y denominador.	Subdirector Médico
Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	Mide el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos y de las unidades de apoyo, según lo definido por la acreditación de calidad.	Encargado de equipos médicos
Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico	Mide el porcentaje de medicamentos del arsenal definido por el establecimiento, que fueron utilizados en el período.	Encargado de Farmacia
Promedio de días de Hospitalización Prequirúrgicos	Mide los días camas ocupados por un paciente antes de que se efectúe una cirugía electiva, con el objetivo de evaluar la utilización que se le da a la cama hospitalaria. Este indicador, incluye solo las especialidades quirúrgicas de Urología, Traumatología y Cirugía General. Se excluyen de la medición los pacientes ingresados para una cirugía vía urgencia, pacientes que se encuentran hospitalizados por otra causa y reintervenciones quirúrgicas.	Encargado de Área Quirúrgica

Rendimiento de las Horas Contratadas	<p>Mide la relación entre el Índice Agregado de Actividad (IAAC) (consistente en la evolución del valor físico de un grupo específico de prestaciones), sobre la base de un vector de precios de un año base y la dotación de horas efectivas del personal total para un periodo determinado.</p> <p>El IAAC permite sintetizar en un índice la evolución del valor de la producción de grandes componentes de prestaciones que se realizan en los establecimientos hospitalarios, de manera de dimensionar la variación real de la producción de prestaciones.</p>	Subdirector Médico
Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos (DM)	Cuantifica el tiempo en que el inventario de dispositivos médicos rota completamente en un periodo determinado.	Encargado de Abastecimiento de Dispositivos Médicos
Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras	Mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores trazadoras definidas: Hernias umbilicales, Inguinales, crurales, línea blanca; Colectomías por videolaparoscopías en pacientes mayores de 15 años.	Encargado de área quirúrgica.
Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Mide el porcentaje de pacientes clasificados al ingreso de la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), que acceden a la consulta médica, en función de los síntomas y signos referidos por el paciente o acompañante, con el objeto de priorizar la atención médica y cuidados de enfermería, acorde con los recursos materiales y humanos dispuestos por el establecimiento.	Encargado Servicio de Urgencia
Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación	Mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde UEH, permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con el año anterior. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento.	Gestor de Pacientes o Subdirector Médico
Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3	<p>Mide el porcentaje de pacientes categorizados D2 y D3, en relación al total de pacientes categorizados. Dicha categoría, se debe determinar mediante la aplicación de la pauta de categorización de pacientes hospitalizados vigente (CUDYR) y como pre-requisito se exige la categorización del 90%, del total de los pacientes del establecimiento.</p> <p>No considera los pacientes de Obstetricia (puerperio y alto riesgo), Psiquiatría y Pensionado.</p>	Subdirector Médico
Variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación	Mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con el año anterior.	Gestor de Pacientes o Subdirector Médico.
Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia	Mide el porcentaje de pacientes categorizados D2 y D3, en relación al total de pacientes categorizados. Dicha categoría, se debe determinar mediante la aplicación de la pauta de categorización de pacientes hospitalizados vigente (CUDYR) y como pre-requisito se exige la categorización del 90%, del total de los pacientes del establecimiento.	Subdirector Médico

Figura N°12: Tabla Resumen Definición Indicadores - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Eficiencia operacional (2015-2018).

5.2.2 Estrategia: Excelencia de la Atención

Se enmarca en la gestión que el personal realiza para garantizar una atención de alta calidad y generar una percepción positiva entre los usuarios del servicio.

Excelencia de la Atención		
Indicador	Descripción	Responsable
Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría	Este es un indicador compuesto ya que mide por una parte el cumplimiento de los compromisos suscritos por las unidades auditadas del establecimiento <u>en relación al</u> total de hallazgos detectados en las auditorías y si estos compromisos suscritos fueron implementados en el período que la unidad auditada se comprometió.	Jefe de Áreas Auditadas
Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación	Mide el cumplimiento del plan de trabajo del establecimiento, orientado a mantener y mejorar el cumplimiento de las características del estándar de acreditación y la realización de una autoevaluación anual.	Director del Establecimiento
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación	Mide el cumplimiento del plan de trabajo del establecimiento, orientado a mantener y mejorar el cumplimiento de las características del estándar de acreditación y la realización de una autoevaluación anual	Dirección del Establecimiento
Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	Este es un indicador compuesto ya que mide por una parte el cumplimiento de los compromisos suscritos por las unidades auditadas del establecimiento <u>en relación al</u> total de hallazgos detectados en las auditorías y si estos compromisos suscritos fueron implementados en el periodo que la unidad auditada se comprometió	Jefe de Áreas Auditadas
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría	Mide el grado de cumplimiento del programa de actividades de auditoría, planificado para un período determinado. Dichas auditorías, deben realizarse al menos en las siguientes áreas: Administrativa, Financiera y Clínica (Ámbito Institucional)	Encargado de Auditoría

Figura N°13: Tabla Resumen Definición Indicadores - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Excelencia de la Atención (2015-2018).

5.2.3 Estrategia: Sustentabilidad Financiera

Hace referencia a la capacidad de mantener un sistema económico sostenible a largo plazo, considerando los aspectos ambientales, sociales y de gobernanza de la institución de salud.

Sustentabilidad Financiera		
Indicador	Descripción	Responsable
Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas	Permite controlar el proceso de devengamiento de facturas en la ejecución presupuestaria, considerando como hitos de control la fecha de recepción en el establecimiento en la Unidad correspondiente establecida por resolución y la fecha en que se realiza el devengo de las facturas.	Subdirector Administrativo
Porcentaje de Disminución de la Deuda	Cuantifica la disminución de la deuda acumulada entre diciembre del año anterior y la deuda acumulada en el año en curso. Para efectos de este Indicador se entenderá por deuda, aquellas cuentas por pagar que se encuentran asociadas a los subtítulos 21, 22 y 29 y que posean una antigüedad superior a 60 días.	Subdirector Administrativo.
Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas	Mide el porcentaje de Licencias Médicas curativas del tipo 1 (enfermedad o accidente común) y tipo 2 (medicina preventiva) devengadas, sobre el universo de estas Licencias Médicas de la dotación efectiva, y la dotación de suplencia y reemplazos ingresadas al establecimiento.	Subdirector Administrativo
Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas	Mide el porcentaje de Licencias Médicas curativas del tipo 1 (enfermedad o accidente común) y tipo 2 (medicina preventiva) devengadas, sobre el universo de estas Licencias Médicas de la dotación efectiva, y la dotación de suplencia y reemplazos ingresadas al establecimiento.	Subdirector Administrativo
Porcentaje de Prestaciones Costeadas	Mide la cantidad de egresos hospitalarios que fueron efectivamente costeados según su GRD, del total de egresos realizados por el establecimiento, a objeto de conocer y gestionar el costo de estas prestaciones, según información de costeo del sistema WinSIG ajustada por riesgo	Encargado de Finanzas
Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas	Permite controlar la oportunidad y calidad del proceso de imputación de los costos en las diferentes unidades del establecimiento (sistema WinSIG-PERC) y además, monitorear costeo de los egresos hospitalarios (tipo de actividad Hospitalizados), que fueron efectivamente codificados por GRD.	Encargado de Finanzas

Figura N°14: Tabla Resumen Definición Indicadores - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Sustentabilidad Financiera (2015-2018).

5.2.4 Estrategia: Gestión Clínica

La gestión clínica hace referencia a las actividades y decisiones en una institución con el fin de optimizar la calidad de la atención, la eficiencia de los recursos y la satisfacción del usuario.

Gestión Clínica		
Indicador	Descripción	Responsable
Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos	Mide el porcentaje de notificación de Posibles Donantes que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) respecto al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 15 a 75 años, reportados en GRD. Se entenderá como Posible Donante a todo paciente con diagnóstico de ingreso neurológico grave a la UEH, considerado fuera de alcance neuroquirúrgico, de edad entre 15 a 75 años y Puntaje Glasgow de Ingreso \leq 7 puntos.	Subdirector Médico
Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado	Mide el cumplimiento del registro consentimiento informado, según protocolo definido, el cual debe estar de acuerdo a lo estipulado en el manual de acreditación de calidad de prestadores institucionales.	Subdirector Médico
Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH y UCIs	Mide el porcentaje de notificación de Posibles Donantes que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) respecto al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 15 a 75 años, reportados en GRD. Se entenderá como Posible Donante a todo paciente con diagnóstico de ingreso neurológico grave a la UEH, considerado fuera de alcance neuroquirúrgico, de edad entre 15 a 75 años y Puntaje Glasgow de Ingreso \leq 7 puntos.	Subdirector Médico.
Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos	Este indicador mide el cumplimiento de los protocolos de consentimiento informado y evaluación pre-anestésica, de acuerdo a lo estipulado en el manual de acreditación de calidad de prestadores institucionales.	Subdirector Médico

Figura N°15: Tabla Resumen Definición Indicadores - Perspectiva Procesos Internos - Estrategia Gestión Clínica (2015-2018).

5.3 Resultado de Encuestas y Entrevistas

Se realizaron 2 modalidades de recopilación de datos: la primera consistió en enviar mediante correo electrónico una encuesta a directivos y jefes de servicio de ambos establecimientos hospitalarios, mientras que la segunda modalidad fue realizar entrevista presencial o por videollamada. Los resultados obtenidos luego de la aplicación de ambas modalidades de recopilación de datos se resumen en la siguiente tabla.

	HLCM		HAR	
	Directivos	Jefes de Servicio	Directivos	Jefes de Servicio
Encuestas Enviadas	3	10	3	10
Encuestas Respondidas	0	3	1	5
% de Respuesta	0%	30	33%	50%
Entrevistas realizadas	2	3	1	2
Total Encuestados o Entrevistados	2	6	2	7

Figura N°16: Tabla Resultados Entrevistas/Encuestas a HLCM y HAR (elaboración propia).

- Las respuestas recibidas de las encuestas enviadas por correo electrónico fueron 3 en el Hospital Luis Calvo Mackenna y 6 en Hospital Augusto Riffart.
- En relación a las entrevistas presencial o por videollamada, fueron hechas 5 en Hospital Luis Calvo Mackenna y 3 en Hospital Augusto Riffart, lo que da un total de 17 entrevistas/encuestas efectivas que fueron usadas para la comparación de ambos centros hospitalarios.

5.4.- Análisis de Resultados

5.4.1 Comparación de encuestas respondidas por directivos y jefaturas referentes de áreas de gestión de los Hospitales Dr. Augusto Riffart y Luis Calvo Mackenna. (Anexo N°9)

Las encuestas realizadas vía correo a los actores claves de ambos hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart, se recopilaban las siguientes opiniones:

En ambos establecimientos hospitalarios, la gestión del Balanced Scorecard (BSC) revela un bajo nivel de familiaridad, ya que esta herramienta está centralizada en los directivos o en el encargado de control de gestión. Las estrategias actuales para el uso eficiente de los recursos se centran en la implementación de sistemas de monitoreo y la coordinación entre equipos, lo que indica un enfoque en la gestión del desempeño. Sin embargo, la dependencia de variables externas y la necesidad de una infraestructura y capacitación adecuadas son desafíos importantes para una implementación efectiva del BSC. Podemos citar “Percepción constante de que el BSC no es una herramienta ampliamente difundida ni generalizada, no todos los servicios están familiarizado con el BSC o CMI pero si tienen control de gestión” (HAR).

El BSC es percibido como una herramienta con potencial para mejorar el desempeño y la alineación organizacional, ofreciendo estandarización y capacidad comparativa con otros establecimientos. Sin embargo, la rigidez de los indicadores representan barreras significativas para su efectividad. Esto destaca la necesidad de una adaptación más flexible y una mejor capacitación para los usuarios. Por ejemplo, un médico anestesiólogo del Hospital Dr. Augusto Riffart señaló:

“Como desventaja se encuentra el hecho de que el indicador en cuestión es extremadamente rígido y no permite correcciones posteriores, ni explicaciones o argumentaciones. De esta forma, si algún paciente es reemplazado por otro de mayor urgencia, el indicador destaca el hecho de suspensión como un elemento gestionable y corregible, pero no permite cambios posteriores. Esta situación no refleja la gestión interna, que pudiera ser igualmente provechosa, considerando que siempre prevalece la urgencia de los pacientes” (Gamboa, M. Diego, Médico Anestesiólogo, Hospital Dr. Augusto Riffart).

5.4.1.2 Recomendaciones de los encuestados

Las recomendaciones se centran en la necesidad de capacitación continua y la reducción del número de indicadores para simplificar la gestión del BSC. Además, se enfatiza la importancia del monitoreo continuo y la flexibilidad de la herramienta para adaptarse a diferentes contextos. Estas recomendaciones reflejan un enfoque hacia una gestión más práctica y adaptable, asegurando que el BSC pueda ser utilizado de manera efectiva para mejorar el desempeño organizacional y la eficiencia en la utilización de recursos.

La Dirección del establecimiento debe liderar la gestión del BSC, haciendo posible la difusión en toda la organización respecto al proceso y su relevancia para la gestión hospitalaria. El plan de trabajo liderado por el equipo directivo debe estar acompañado de mejoras continuas y manejo de recursos humanos y recursos financieros eficientes.

Se mencionan también las prácticas de compromiso de los equipos y referentes en la entrega de información fidedigna y de calidad para procesar datos que fortalezcan la toma de decisiones y de apoyo colaborativo, se induce de esta manera que se podrían lograr mejores resultados en los objetivos propuestos al trabajar sobre este punto.

5.4.2 Análisis de las entrevistas a Jefaturas. Comparación de entrevistas respondidas por directivos y jefaturas referentes de áreas de gestión de los Hospitales Dr. Augusto Riffart y Luis Calvo Mackenna. (Anexo N°10)

En relación al conocimiento y uso del BSC, las cinco jefaturas están familiarizadas con el BSC, lo que indica una base sólida en gestión estratégica.

Todas las jefaturas reciben indicadores y metas claras. La entrega de indicadores y metas facilita una gestión bien orientada y estructurada.

En el caso de HLCM, la retroalimentación con el equipo directivo es regular, variando de mensual a trimestral, lo que es crucial para el seguimiento y la mejora continua; también es el caso de la jefatura de Auditoría en HAR, pero podemos ver que en Servicio Médico Quirúrgico no es una práctica establecida formalmente lo cual implica la no detección de problemas a tiempo con sus posteriores planes de mejora, según lo indicado por el jefe de Servicio Médico Quirúrgico son reuniones más informales: *“Particularmente como jefatura, realizo junto al equipo planes de intervención o mejora, de acuerdo con los resultados obtenidos. Por ejemplo: reforzar protocolos clínicos a personal permanente y sobre todo a personal nuevo o a reemplazo”*.

El apoyo del equipo directivo es constante, asegurando una gestión alineada con los objetivos organizacionales tanto en HLCM como en jefatura de auditoría en HAR, lo que no sucede en Jefatura Médico-Quirúrgico. Es relevante destacar lo que nos comenta el jefe de CR Pabellón HLCM por la dinámica del mismo: *“La relación fluida y casi diaria con el equipo directivo asegura una rápida resolución de problemas y una alineación constante con las estrategias organizacionales”*.

La compartición de resultados con los equipos es frecuente, promoviendo la transparencia y la colaboración en la mejora de los procesos y el rendimiento en todas las jefaturas en ambos establecimientos de salud.

5.4.2.1 Recomendaciones de los entrevistados

El jefe de CR Urgencia del HLCM nos indica que sería adecuado considerar la implementación de un plan de inducción específico que aborde detalladamente los indicadores de gestión y calidad en cada área. Actualmente cuenta con un plan de inducción general para todos los funcionarios. Este plan abarca aspectos generales del hospital y se complementa con capacitaciones internas específicas para cada unidad. Sin embargo, no se ha implementado un protocolo de inducción que aborde de manera específica y detallada los indicadores de gestión y calidad para el área de urgencias, que incluya indicadores de la unidad. Implementar un plan de inducción específico con enfoque en los indicadores de gestión y calidad proporcionará una formación más adecuada al personal nuevo.

5.4.3 Análisis de entrevistas a Directivos (Anexo N°11)

Se entrevistó en HLCM a Subdirector de Control de Gestión, Subdirector Médico y Subdirector administrativo y en HAR a Jefe de Control de Gestión y Desarrollo.

Los directivos de ambos hospitales tienen herramientas propias de planificación estratégica, destacando en HLCM que realizan planificación estratégica a largo plazo con planes de acción internos (a 4 años plazo, actualmente). Todos los directivos demuestran un conocimiento y uso efectivo del BSC, alineado con la planificación estratégica.

Aunque todos usan paneles de control, la integración y el uso de sistemas varían, mostrando enfoques personalizados según las necesidades, utilizan SIS-Q en ambos establecimientos y en HLCM además usan Excel.

La revisión de indicadores es un proceso estructurado en HLCM, con revisiones periódicas en las cuales se propone un plan de acción con responsabilidades específicas y fechas de inicio y término. En cambio, en HAR según el jefe de Control de Gestión y Desarrollo, no existen reuniones estructuradas con el equipo directivo para revisión del panel de control de gestión, la entrega de resultados a jefaturas intermedias es con una frecuencia muy espaciada (nunca o casi nunca) y no se responsabiliza a las jefaturas intermedias por los resultados.

En relación a las acciones correctivas, en HLCM vemos que es un proceso integral donde se analizan los indicadores en riesgo y las medidas necesarias para mejorar; se establece una proyección de recuperación del indicador en cuestión, hay acciones conjuntas con las jefaturas para el logro de metas. En HAR, no es un proceso integral, no hay una organización formal en cuanto a formalizar reuniones cada cierto tiempo y por la escasa o nula comunicación, es muy difícil que se tomen medidas correctivas a tiempo.

A modo de resumen, se presentan los hallazgos referentes a la cantidad de personas entrevistadas que se manifestaron tener adoptada alguna de las prácticas de gestión en sus labores, o bien, que su establecimiento adopta con ellos las prácticas que se señalan:

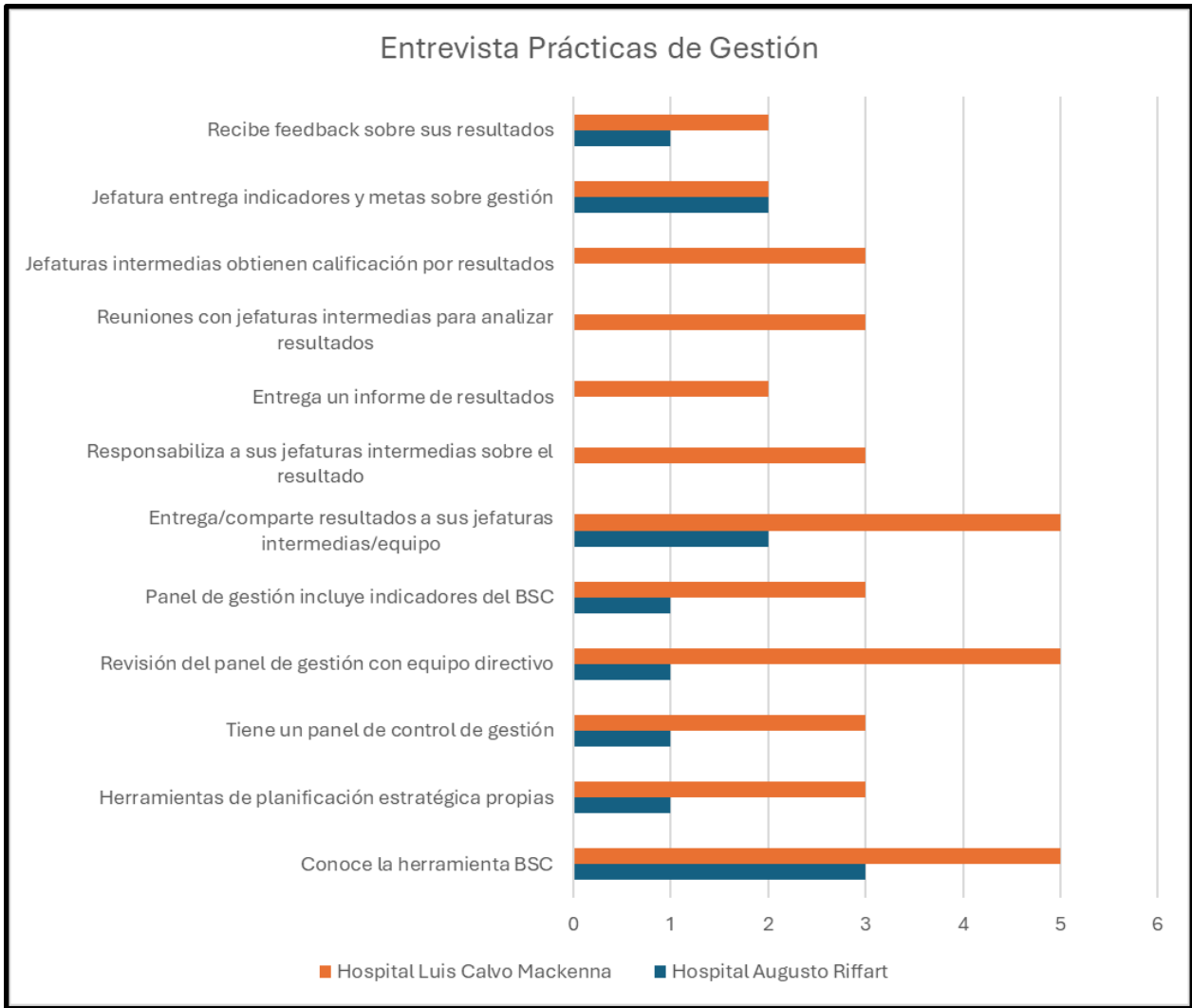


Figura N°17: Gráfico de Barras - Prácticas de Gestión señaladas en Entrevistas realizadas a los hospitales HLCM y HAR (elaboración propia)

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión

El gran desafío que nos plantea el BSC, no es sólo lograr implementar una estrategia de trabajo, sino que, además, esta debe ser comunicada de manera constante y efectiva al equipo, así lograr que las personas que participan de los procesos entiendan cómo sus acciones impactan de una u otra manera en la estrategia planificada, y en la obtención final de resultados. Un reto sería cómo medir el cumplimiento de esta estrategia en tiempo real, es decir conocer el porcentaje de cumplimiento de los indicadores día a día y por lo tanto, de los objetivos y estrategias definidas

En el presente estudio, se ha observado una falta de familiaridad de los funcionarios entrevistados respecto de la terminología asociada al BSC, a pesar de ello, es importante recalcar que los equipos de ambos establecimientos tienen incorporadas y adoptadas distintas prácticas de control de gestión. Esta falta de familiaridad puede tener origen en las brechas de comunicación o en una capacitación insuficiente al personal sobre la importancia y el funcionamiento del BSC dentro de la organización, o incluso, deberse a que, a pesar de tener las prácticas de gestión instaladas, no las relacionan o reconocen con el nombre de BSC o CMI.

Por otro lado, se ha identificado una clara necesidad de vincular las actividades de los diferentes departamentos con los objetivos estratégicos de la organización. Esto sugiere una oportunidad para mejorar la alineación y la comprensión de cómo las acciones individuales contribuyen al logro de metas más amplias. Mejorar la comunicación efectiva y descentralizar el Cuadro de Mando Integral permitiría a las jefaturas de área aplicar y difundir esta herramienta entre sus equipos, generando una retroalimentación efectiva.

En cuanto a las estrategias utilizadas para monitorear y controlar indicadores, se destaca el uso de sistemas propios (por ejemplo, SAM, en el área financiera), así como la coordinación entre equipos para mejorar el rendimiento. No obstante, también existen desafíos relacionados con variables externas que afectan el monitoreo efectivo, tales como días no hábiles, deficiente infraestructura, suspensiones por diversas causas y ausencia de disponibilidad presupuestaria en algunas áreas, entre otras variables

La evaluación de las herramientas de planificación estratégica y gestión en los hospitales Luis Calvo Mackenna y Augusto Riffart revela diferencias y similitudes en la forma en que estas instituciones manejan sus procesos internos.

Ambos hospitales reportan el uso de herramientas propias de planificación estratégica. Sin embargo, los métodos y la frecuencia de evaluación varían entre las instituciones. Por ejemplo, podemos destacar que el Hospital Luis Calvo Mackenna actualmente desarrolla una planificación estratégica años 2021-2024 internamente, más a largo plazo, lo que permite proyectar metas con la consecuente revisión periódica de éstas.

La implementación del BSC en el Hospital Luis Calvo Mackenna busca asegurar que la información y los objetivos estratégicos se difundan eficazmente a través de todos los niveles de la organización, desde los directivos hasta los ejecutores en cada unidad. En la gestión del BSC en HLCM, la información fluye desde los niveles de la dirección hacia las subdirecciones y los Centros de Responsabilidades (CR), para posteriormente comunicarlo a cada unidad operativa. Este proceso asegura que todos los niveles de la organización estén alineados con los objetivos

estratégicos y comprendan cómo sus roles contribuyen al logro de estos objetivos, y la obtención de resultados positivos que apuntan a una mejor sustentabilidad financiera.

La planificación estratégica en HLCM se centra en una gestión proactiva y preventiva de los indicadores, trabajando en ellos antes de que finalice el año para evitar problemas y dar tiempo de ajustar las estrategias según sea necesario para el buen desempeño de cada indicador que esté con bajo nivel de cumplimiento, los indicadores se revisan trimestralmente y se permite la actualización y modificación proactiva, realizando lo siguiente:

Monitoreo Continuo: revisando periódicamente para detectar desviaciones y oportunidades de mejora antes de que se conviertan en problemas significativos.

Alertas Tempranas: Implementación de sistemas de alerta temprana que identifiquen riesgos potenciales y permitan tomar medidas correctivas de inmediato.

Acciones Correctivas:

- Revisiones regulares del desempeño de cada unidad en relación con los indicadores establecidos.
- Desarrollo de planes de acción correctivos específicos cuando se detectan desviaciones, asegurando que las correcciones se implementen de manera oportuna.
- El mantener a todos los miembros de la organización alineados, comprometidos con los objetivos estratégicos, proactivo y combinado con una comunicación clara y un seguimiento constante, mejora su eficiencia y calidad.

En cambio, en el Hospital Augusto Riffart, tiene un monitoreo menos estructurado con informes mensuales y revisiones específicas en caso de desviaciones, más que un monitoreo preventivo. El Hospital Augusto Riffart parece tener un enfoque más estandarizado con la utilización del sistema SIS-Q y el desarrollo de evaluaciones trimestrales basadas en indicadores. Sin embargo, existen brechas significativas en la cascada de información de la herramienta de gestión, lo que representa un área a mejorar. Es necesario mejorar y ampliar la difusión de la información desde el equipo directivo hacia los equipos ejecutores u operativos encargados de desarrollar las acciones correspondientes a los indicadores planteados.

La comunicación de los resultados y la responsabilización difieren en ambos hospitales. En el HLCM, la entrega de información es frecuente y estructurada, con reuniones mensuales y ajustes periódicos. En el HAR, la información se entrega generalmente a los jefes de Centros de Responsabilidad y otros referentes, pero hay menos claridad sobre la frecuencia y el método de comunicación, lo que sugiere una posible área de mejora y una comunicación más efectiva entre las Áreas de trabajo

Todos los entrevistados utilizan un panel de control de gestión, aunque con diferentes enfoques y niveles de integración. En el Hospital Luis Calvo Mackenna, se emplea el sistema SIS-Q junto con Excel entre otros para monitorear indicadores, lo que permite alertar sobre problemas de manera proactiva. De esta forma, se analizan los puntos críticos en conjunto con los responsables asociados a dichos indicadores, para ejecutar acciones concretas o implementar un plan de trabajo correctivo sobre las falencias detectadas. En contraste, el Hospital Augusto Riffart no utiliza un panel propio, sino que se basa únicamente en el SIS-Q, con indicadores fijados de acuerdo con los lineamientos de la Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red basada en CMI.

La toma de acciones correctivas es integral en ambos hospitales, pero varía en su implementación. El Hospital Luis Calvo Mackenna lleva a cabo análisis de indicadores en riesgo y proyecciones para la recuperación de indicadores afectados. En el Hospital Augusto Riffart, las acciones correctivas, incluyen reuniones específicas para analizar causas y soluciones y la formación de mesas de trabajo si el problema es complejo.

Se obtuvieron conclusiones dispares entre las encuestas por correo electrónico y las entrevistas presenciales o por videollamada. Esta diferencia sustancial puede deberse al bajo índice de respuestas obtenidas. Además, se observa que en el HLCM hay estrategias de gestión ampliamente utilizadas por el personal directivo y jefaturas. Los indicadores se revisan periódicamente y se comunican desde un nivel central a los actores claves, quienes a su vez transmiten la información a sus equipos de trabajo. Existe un orden lógico en la forma de transmisión de información y una retroalimentación efectiva desde los equipos intermedios (de nivel jerárquico inferior al directivo) o centros de responsabilidad hacia sus superiores. En contraste, en el Hospital Augusto Riffart se percibe una aparente falta de organización y desconocimiento en la entrega de información entre los actores. El resultado de esta forma de trabajo se ve reflejado en los indicadores anuales de cada establecimiento.

También se han detectado diferencias al analizar cada indicador en ambos hospitales. Un indicador destacado es la baja puntuación del Hospital Augusto Riffart (HAR) en contraste con HLCM en relación a sustentabilidad financiera, específicamente en el porcentaje de devengamiento oportuno de facturas, responsabilidad de la Subdirección Administrativa. Este punto es crucial, ya que devengar oportunamente las facturas contribuye a entregar información temprana sobre la ejecución presupuestaria, lo que es esencial para la toma de decisiones financieras en el establecimiento. Se infiere que sin un orden financiero adecuado, es muy difícil llevar a cabo planes de mejora en todos los aspectos de la institución, desde lo financiero hasta en lo respectivo a la atención de usuarios. Una posible causa de esta deficiencia, según lo señalado en conversaciones con los equipos, es la falta de presupuesto para ejecutar el devengamiento oportuno en los plazos establecidos por la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y regulación de EAR, ya que de no existir presupuesto asociado a la glosa y subtítulo(s) correspondiente(s), no se puede ingresar la factura para pago en el sistema SIGFE; además, existen otros puntos que, con menor frecuencia, pueden estar afectando el devengamiento oportuno, por ejemplo, los retrasos en la firma de actas de recepción conforme de bienes y servicios, puede retrasar el proceso de pago a los proveedores. Para comprender mejor este proceso, se muestra en la sección anexos un extracto de los documentos de “Evaluación Anual de Mantenimiento de Requisitos Técnicos de Autogestión en Red” del HAR; pese a que en el 2015, no existe este indicador, sí existía el indicador “Gestión de Pago Oportuno de Facturas”, el que da cuenta (Anexo N° 10) de que, de un total de 20 facturas evaluadas y recepcionadas en EAR, un 60% (12), fueron devengadas y pagadas en los 60 días siguientes desde su ingreso, correspondientes al plazo señalado en la Ley 19.937; un 20% (4) en un plazo entre 60 y 70 días, mientras que un 25% (5) en un plazo superior a los 70 días, inclusive una factura devengada y pagada a los 93 días. Según datos extraídos de Control de Gestión del HAR, en el 2016 en este indicador se obtuvo un cumplimiento del 53%, en el 2017 del 59%, ambos períodos dando puntaje 0, mientras que en el 2018 se obtuvo un 69,7%, aumentando su puntaje a 1, lo que mantiene este indicador en rojo en los 3 períodos de evaluación. Si es preciso ahondar más, en el período siguiente existió el indicador “Porcentaje de Devengamiento Oportuno de Documento Tributario Electrónico (DTE) de Proveedores”, con un porcentaje de cumplimiento del 69%, luego en el 2020 no hubo indicador alguno que hiciera referencia a este proceso, por lo que se puede

inferir que se mantiene una tendencia en porcentajes de cumplimiento bajos de devengamiento oportuno de facturas o DTE de proveedores.

Resulta indiscutible la fluctuación de porcentaje de cumplimiento de la estrategia de eficiencia operacional sobre procesos internos en el HAR, con una caída importante de 88% a 81% entre 2015 y 2016, para luego incrementarse a 89% en 2017, culminando con un 98% en el 2018. Esto puede explicarse por una mejora en el puntaje del indicador “Porcentaje de Ambulatorización de CMA Trazadoras”. Las cirugías categorizadas como trazadoras incluyen colecistectomías y hernioplastias, que deben ser realizadas por médicos especialistas en cirugía de adultos. Según el Jefe de Control de Gestión del HAR, para alcanzar este objetivo, se realizaron diversas compras de servicio y se efectuó una fuerte inyección presupuestaria destinada al aumento de la dotación de cirujanos. Esto permitió que aquellos con menos experiencia se centraran más en la atención cerrada y en la atención en policlínicos, mientras que los médicos con mayor trayectoria y experiencia clínica pudieran enfocarse en resolver las listas de espera tanto para consultas nuevas como para intervenciones quirúrgicas, promoviendo así la ambulatorización de aquellas cirugías que cumplían con los requisitos. En conjunto con la mejora de ese indicador, también hubo un avance importante en el “Promedio de Días de Hospitalización Pre Quirúrgicos”, donde se desprende que la mejora en los tiempos de estadía antes de la cirugía es un resultado de la eficiencia y coordinación entre equipos de trabajo y tiene directa relación con la mejora del indicador anterior.

Otro indicador a destacar es el bajo índice en HLCM del Rendimiento de Horas Contratadas a cargo del Subdirector Médico. Este índice nos permite saber el rendimiento de producción del establecimiento, la dotación efectiva de la institución debe generar rendimiento en términos de productividad. Este indicador permite tomar medidas para aumentar el rendimiento del recurso humano, sin embargo, para ello, debe trabajarse conjuntamente con Gestión de las Personas y Unidad de Desarrollo Organizacional, no únicamente la SD. Médica, con motivo de abordar el ausentismo laboral, clima organizacional, por mencionar algunos. Entre los años 2016 y 2018 estuvieron en rojo y no repuntaron, probablemente debido a exceso de contrata de personal clínico por alta demanda de atenciones de niños y adolescentes sobre todo en época de aumento de enfermedades infecto contagiosas, y, también que el HLCM tiene un carácter resolutor de patologías de alta complejidad, las cuales requieren personal más especializado y mayor tiempo de tratamiento (menores días de hospitalización son indicadores de éxito de gestión, por lo que una estadía hospitalaria prolongada, agrega menos valor a la producción).

Las ventajas identificadas de la aplicación del BSC incluyen la visualización del desempeño para intervenir en procesos, la alineación organizacional, la asignación de recursos de acuerdo con resultados y determinar cómo las acciones influyen en otras áreas para realizar planes de mejoras y el cumplimiento de metas. Por otro lado, las desventajas señaladas incluyen la falta de una metodología definida y la necesidad de experiencia en la generación de indicadores, lo cual puede limitar la eficacia de la herramienta y además, de la rigidez y la flexibilidad de la herramienta para medir eventos que se ven afectados por múltiples variables o factores que modifican la gestión interna de la o las unidades, debido a la amplia variabilidad en los resultados como producto.

Se ha identificado, de acuerdo al análisis, que el BSC permite evaluar la implementación de las estrategias de gestión planteadas; sin embargo, aún existe la necesidad de adaptar el instrumento genérico a las realidades del sector y a las realidades particulares de cada organización, como tamaño y complejidad. Esto puede verse reflejado en el desempeño del

indicador “Porcentaje de devengamiento oportuno de facturas”, que en el año 2015 se le aplicó el criterio No Aplica, por indicación desde nivel central a ambos hospitales, pero luego HLCM obtuvo máximo puntaje en todos los años restantes y HAR obtuvo mínimo puntaje; esto se explica debido a las distintas realidades de cada centro de salud, donde en HAR por la falta de presupuesto aportado al hospital, no se pudo efectuar el pago oportuno de facturas en un plazo no superior a 60 días de acuerdo con lo normado por la Ley 19.937, como se discutió anteriormente.

Es fundamental tener en cuenta que los indicadores deben tener una mirada a largo plazo de la organización para garantizar una medición coherente y significativa del desempeño. La falta de una mirada estratégica de estos indicadores contingentes puede llevar a una evaluación sesgada y a decisiones tácticas en lugar de enfoques que impulsen el progreso sostenible de la organización. A pesar de aquello es posible observar indicadores que no poseen una continuidad a largo plazo como por ejemplo “Oportunidad de hospitalización para paciente de UEH” donde se observa un seguimiento el 2015 y 2016, para posteriormente dejar de ser evaluado. Esta falta de continuidad de los indicadores puede ser determinada por una falta de flexibilidad en la medición de los indicadores, ya que al ser evaluados continuamente es posible detectar algunos que puedan estar entregando información no pertinente o utilizando un sistema de medición que no entregue los resultados esperados. Además, con el objetivo de optimizar los procesos y crear una estrategia de trabajo es necesaria la simplificación de los indicadores para que el proceso de adecuación de la herramienta a la realidad hospitalaria sea posible.

Así como es explicado en los Instrumentos de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red de los períodos evaluados, al tratarse este instrumento de una herramienta de gestión periódica, los indicadores o metas asociadas a dichas metas pueden ser actualizados anualmente, de modo que puedan ajustarse a las prioridades y contingencias del sector salud, así como a las prioridades ministeriales, pasando por un proceso de revisión y aprobación de la DIPRES del Ministerio de Hacienda. No obstante, la rigidez de la herramienta antes mencionada, ha ido sufriendo modificaciones desde el año 2011, en contraste al quinquenio 2005-2010, el cual era más extenso en la cantidad de indicadores a medir y excesivamente riguroso; los objetivos de estos cambios buscan resolver la necesidad de implementar un sistema que aborde distintas perspectivas, financieras y no financieras, dando cuenta de las áreas críticas del establecimiento, centrando sus esfuerzos en gestión, proporcionando lineamientos en el quehacer diario y una visión estratégica de acuerdo con el análisis y los alcances del MINSAL.

Creemos importante permitir ajustes en los indicadores ya que en el caso del pabellón quirúrgico del HAR, según el médico encargado, una de las desventajas es la rigidez de ellos. Se refirió específicamente a uno de los indicadores de Eficiencia Operacional “Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas”, el cual no permite ajustes posteriores ni la inclusión de explicaciones, lo que resulta problemático porque se ve afectado por variables externas, tales como pabellones de urgencia u otras contingencias no advertidas y que obligan a suspender cirugías programadas.

Finalmente, las recomendaciones proporcionadas sugieren la necesidad de una mayor capacitación y difusión transversal de la herramienta, una metodología clara para la gestión de indicadores, un monitoreo y control continuo a todos los niveles y una mayor flexibilidad en la herramienta BSC para adaptarse a las distintas realidades de la organización.

6.2 Conclusiones

La comparación de las herramientas de planificación estratégica y gestión entre los hospitales Luis Calvo Mackenna y Augusto Riffart pone de manifiesto diferencias significativas en sus enfoques y prácticas. El Hospital Luis Calvo Mackenna destaca por su manejo estructurado y proactivo de los indicadores y la implementación de acciones correctivas, utilizando herramientas como el SIS-Q junto con Excel y realizando evaluaciones trimestrales. En cambio, el Hospital Augusto Riffart utiliza el sistema SIS-Q para el monitoreo de indicadores, con una entrega de información menos frecuente y estructurada, sumado al hecho de que se le toma mayor relevancia a otros indicadores distintos a los asemejables a BSC, como pueden ser COMGES, Metas Sanitarias, Indicadores de Calidad e IAAS, por lo que cuando existen coincidencias entre los objetivos de la herramienta del BSC y el resto de indicadores, el trabajo toma un enfoque más desarrollado y con mayor fuerza en los planes de acción.

En cuanto al panel de control de gestión, ambos hospitales utilizan paneles, pero con distintos niveles de integración y enfoques. El Hospital Luis Calvo Mackenna incorpora alertas proactivas para la gestión de problemas, mientras que el Hospital Augusto Riffart carece de un panel propio y se basa exclusivamente en el SIS-Q.

La revisión de indicadores también muestra diferencias notables. El HLCM revisa sus indicadores trimestralmente y permite modificaciones proactivas, lo que refleja una mayor capacidad de adaptación. Por su parte, el HAR realiza monitoreos mensuales y revisiones específicas ante desviaciones, sugiriendo un enfoque más reactivo.

En términos de comunicación y responsabilización, el HLCM mantiene una entrega de información frecuente y estructurada mediante reuniones mensuales, asegurando una clara responsabilización. En contraste, el HAR presenta una entrega de información más esporádica y menos organizada, indicando una oportunidad para mejorar en la frecuencia y claridad de las comunicaciones.

Ambos hospitales implementan acciones correctivas de manera integral, aunque varían en su enfoque. El HLCM se centra en el análisis de indicadores en riesgo y en proyecciones para la recuperación, mientras que el HAR organiza reuniones específicas y mesas de trabajo para resolver problemas complejos.

En base a los hallazgos y la discusión anterior, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- 1.- Existe la necesidad de mejorar la comunicación y la capacitación sobre BSC dentro de la organización, para asegurar un conocimiento adecuado y un uso efectivo de la herramienta por parte de los equipos ejecutores de cada área, responsables de las distintas estrategias de procesos internos.
- 2.- Se requiere una mayor interoperabilidad entre unidades, para la obtención de mejores resultados.
- 3.- Se requiere mejorar la gestión de las variables externas que puedan afectar el monitoreo, control y el resultado de los indicadores.
- 4.- Las ventajas potenciales del BSC, como la visualización del desempeño y el cumplimiento de metas, pueden maximizarse con una metodología clara y un enfoque colaborativo en su implementación.

5.- Es necesario considerar la complejidad y particularidades de cada hospital (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, cartera de servicios, características de la población, cantidad y tipo de demanda, distribución geográfica, etc.), para realizar una definición de prioridades y metas con base en las necesidades locales, y por otra parte, considerar que cada institución en sus dinámicas presentan distintas realidades que en algunos casos dificultan o favorecen comparativamente la implementación de las estrategias y, por consiguiente, el cumplimiento de los indicadores de gestión del BSC.

La implementación exitosa del BSC como herramienta de gestión en los establecimientos de salud requerirá un enfoque integral que aborde tanto la capacitación y comunicación, como la coordinación efectiva entre equipos y, la mejora continua de procesos y metodologías de trabajo.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES DE MEJORA

7.1. Áreas de Mejora

Dentro de los puntos críticos detectados en el presente estudio, se encuentra la escasa familiaridad con los conceptos asociados al BSC o CMI, por lo que se puede identificar como área de mejora en su implementación como herramienta de evaluación de autogestión, la comunicación eficaz, permanente y oportuna, de qué es el BSC y cómo se aplica a los establecimientos de salud, no sólo al personal administrativo, sino también la bajada de información a los equipos ejecutores u operativos, así como el personal clínico que ejerce funciones en las dependencias de atención cerrada y en policlínicos, para alcanzar los objetivos propuestos; por supuesto, no basta con la difusión masiva, sino que debe existir un proceso vinculado a Gestión de las Personas, en lo que respecta a la capacitación del capital humano. La capacitación en el uso del BSC ayuda a comprender a los funcionarios sobre el impacto de los indicadores de gestión en el desempeño hospitalario, así como transmitir con transparencia los objetivos y los resultados “EAR” obtenidos por el establecimiento pueden mejorar el desempeño al motivar y entregarles un sentido de cooperación y de propósito, de esta forma, puede mejorar la motivación y el compromiso del personal para alcanzar los objetivos del BSC.

Es fundamental la capacitación permanente del capital humano, así como una óptima coordinación y comunicación efectiva entre los miembros de las distintas unidades, servicios, centros de responsabilidad y subdirecciones de los EAR para una implementación exitosa del BSC como herramienta de gestión en el ámbito hospitalario, por lo que se recomienda:

- Programas de capacitación: Es fundamental implementar programas de capacitación anual y de forma continua, a todo el personal actual, con la terminología y el uso del BSC. Esto ayudará a cerrar las brechas de comunicación y asegurar que todos los niveles de la organización comprendan su importancia.
- Claridad de objetivos compartidos: el BSC ayuda a los equipos a definir, comunicar y comprender de mejor manera los objetivos estratégicos. Es crítico un correcto y continuo proceso de desarrollo y formación en ámbitos de gestión ya que esto asegura que el personal comprenda estos objetivos y en cómo su trabajo contribuye al éxito de la organización.
- Inducción Personal Nuevo de cada área: Es fundamental incluir un plan de inducción permanente y continuo, para el personal de reemplazo, personal nuevo contratado en el uso y la real importancia de la herramienta y cada uno de los procesos que están insertos en el trabajo diario.
- Creación de nuevas TICs: Se sugiere la creación e implementación de nuevos sistemas integrados informáticos, que nos muestran en tiempo real el comportamiento interno de cada área en diferentes variables, con el fin de lograr integrar además por medio del mismo sistema la correlación de indicadores en base a causa - efecto.
- Análisis de resultado: Es necesario que los resultados tengan un análisis profundo en su comportamiento retrospectivo desde su variabilidad del porcentaje del indicador en el momento de la evaluación, esto también nos ayudará a proyectar nuevas estrategias de mejora y alineación de los procesos que puedan estar involucrados en el resultado final.

- Trabajo en Equipo: El BSC como herramientas de gestión institucional, ayuda directamente en cómo formar los equipos de trabajo, en base a las habilidades y capacidades de las persona, es fundamental fortalecer las habilidades de cada uno de los integrantes de la organización, para obtener resultados óptimos y minimizar los hallazgos que puedan interferir en el resultado final del indicador. Además teniendo en cuenta que el trabajo en equipo no es una técnica sino la suma de principios y valores que cada uno aporta en su trabajo diario.
- Coordinación interdepartamental: Una coordinación efectiva en los equipos de los EAR resulta esencial para garantizar una atención de calidad y eficiencia en los servicios de salud otorgados. Por ende, la capacitación en el uso del CMI facilita esta coordinación al brindar un marco común para la medición del desempeño y el seguimiento de los resultados.
- Reuniones entre equipos y con diferentes jerarquías de la institución: el CMI permite identificar áreas de mejora en la gestión hospitalaria al proporcionar indicadores claros y objetivos acerca del desempeño de cada unidad/servicio. La capacitación sobre esta herramienta de gestión, en la interpretación de estos indicadores de procesos internos, ayuda a los integrantes de los equipos a revisar sus unidades, detectar problemas y oportunidades de mejora, promoviendo de esta manera, una cultura organizacional de mejora continua, lo que permite asignar recursos de manera óptima, enfocar los esfuerzos en iniciativas y desarrollo de ajustes estratégicos de acuerdo con las necesidades para alcanzar los objetivos planteados. Se recomienda que las reuniones y la baja de información tenga una frecuencia conocida de antemano por todos los actores involucrados, con registro escrito de lo informado y pactado para poder llevar un seguimiento de los casos y las mejoras implementadas.
- Centrales de Costos: Es de vital importancia generar una central de costos institucional, ya que ayudará a visualizar de mejor manera, las áreas con superávit y déficit económico en el presupuesto anual, con el fin de monitorizar y controlar cuales son la áreas con mayor gasto de recursos financieros a las cuales se analizarán en base al cumplimiento de los indicadores asociados a dichas áreas. Establecer un sistema de monitoreo financiero que permita identificar y solucionar cualquier problema relacionado con la ejecución presupuestaria
- Reconocimiento de Desarrollo del Personal: Como herramienta de gestión el BSC, como matriz avanzada en la gestión, esto implica que todos los usuarios de la herramienta están en constante desarrollo técnico y perfeccionamiento de sus capacidades, con el fin de que los funcionarios con mayor expertise vayan asumiendo nuevos desafíos en otros niveles jerárquicos de la organización, para el logro de una eficiente y eficaz implementación de dicha herramienta.
- Herramientas de Comunicación: Utilizar herramientas de comunicación internas como boletines para difundir la información estratégica y los resultados de los indicadores. Diseñar instrumentos que mantengan la información de los indicadores hacia todos los niveles, como por ejemplo crear un portal accesible en los CR donde se publiquen regularmente los avances y resultados del BSC.

- Flexibilidad de indicadores: Implementar indicadores más flexibles para su medición, lo que permitiría una entrega de información más precisa y relevante, así como una aplicación más transversal en diferentes contextos hospitalarios. Se deben analizar y evaluar mediante un sistema epidemiológico y otras variables de relevancia local de cada establecimiento, para que los objetivos propuestos se ajusten a las realidades de cada territorio, aumentando la gobernanza territorial para distribuir de mejor manera recursos descentralizados.

Debido a la gran brecha encontrada en relación a la falta de familiaridad con los conceptos del BSC, entendiendo que esto no significa que desconozcan o no practiquen las estrategias de control de gestión, sería interesante evaluar en un próximo estudio cuál es el nivel de entendimiento real del personal de las organizaciones de salud en relación a los conceptos del BSC, su aplicación práctica, cómo obtuvieron la información (inducciones, capacitaciones impartidas por la institución, charlas, capacitación autofinanciada) y saber si conocen la importancia crucial de manejar estos datos, así como la relevancia del compromiso de cada actor involucrado para lograr las metas hospitalarias.

Por otro lado, los indicadores del BSC, como hemos revisado, no se mantienen durante todo el periodo estudiado, por tanto sería adecuado indagar sobre las causas que llevan a la no medición de estos en un periodo determinado, ya sea por orden de MINSAL y su justificación o la no aplicación en un contexto hospitalario determinado, tema que podría ser profundizado en una nueva publicación.

El BSC se basa en cuatro perspectivas clave: financiera, cliente, procesos internos y aprendizaje y crecimiento. Al ampliar el alcance del estudio para abarcar todas las perspectivas, se puede obtener una comprensión más completa de cómo cada área contribuye al éxito general del hospital, es posible obtener una visión más amplia y equilibrada del desempeño del hospital, lo que permite identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en todas las áreas clave de la operación hospitalaria. Esto puede ser fundamental para informar decisiones estratégicas y acciones destinadas a mejorar la calidad de la atención y el rendimiento general del hospital.

7.2 Establecer estrategias/acciones de Innovación o Mejora.

1.- Mejorar la comunicación y Familiarizar la herramienta BSC: Desarrollar un plan de comunicación integral para asegurar que todos los miembros del personal se familiaricen con la herramienta del BSC y su relevancia.

Acciones concretas como:

- Creación de materiales de comunicación: Diseñar folletos, infografías y videos explicativos sobre el BSC, sus objetivos y como cada unidad contribuye a estos objetivos.
- Reuniones Informativas generales con equipo directivo y específicas con su grupo de trabajo: Organizar reuniones anuales, mensuales o trimestrales, dependiendo del contexto para discutir el BSC, los avances en los indicadores y cómo las acciones individuales están impactando en estos indicadores.

2.- Capacitación y Formación Continua: Proveer capacitación continua y específica sobre el uso y la importancia del BSC.

Acciones concretas como:

- Programas de Capacitación: Implementar programas de capacitación inicial y continua para todos los niveles del personal, desde la alta dirección hasta los niveles operativos, esto puede ser en videos o cursos, necesarios para ingresar y mantener su cargo en la institución.
- Workshops y Seminarios: Organizar workshops y seminarios específicos sobre la gestión de indicadores, análisis de datos y uso de herramientas como el SIS-Q y Excel.
- Mentoría y Acompañamiento: Designar mentores dentro de cada departamento que puedan ayudar a sus colegas a entender y utilizar el BSC de manera efectiva.

3.- Monitoreo Continuo y Acciones Proactivas

Acciones concretas como:

- Sistemas de alerta temprana: Instalar sistemas de alertas que notifiquen a los responsables cuando un indicador esté en riesgo de no cumplirse.
- Revisiones trimestrales: Realizar reuniones y análisis, en las que se aborden acciones correctivas
- Planes de acción correctivas: Desarrollar planes de acción específicos para cada indicador que muestre bajo cumplimiento, con responsabilidades y plazos claros.

4. Mejora de Infraestructura y Recursos: Abordar las deficiencias de infraestructura y recursos que afectan la capacidad de monitoreo y cumplimiento de indicadores.

Acciones Concretas como:

- Evaluación de Infraestructura: Realizar una evaluación de las necesidades de infraestructura en ambos hospitales y desarrollar un plan para abordar las deficiencias más críticas.
- Presupuesto Adecuado: Asegurar que se disponga de un presupuesto adecuado para la gestión y ejecución de actividades críticas, como el devengamiento oportuno de facturas.
- Optimización de Procesos: Revisar y optimizar los procesos internos para mejorar la eficiencia y reducir retrasos, especialmente en áreas como la firma de actas de recepción y el procesamiento de pagos.

Puntos clave para el desarrollo exitoso de mejora:

1.- Comunicación efectiva: Asegurar que toda la organización comprenda los objetivos y cómo sus roles impactan en estos. Esto incluye la descentralización del BSC para que las jefaturas de área puedan difundirlo eficazmente.

2.- Capacitación del personal: Capacitar a todos los niveles familiarizando el BSC

3.- Monitoreo y control de indicadores: Establecer un sistema de monitoreo continuo con alertas tempranas, capacidad de ajuste proactivo y evaluaciones periódicas.

4.-Alineación y coordinación entre equipos: Establecer una estructura clara para la comunicación y coordinación entre equipos y niveles jerárquicos.

5.- Gestión Financiera eficiente: Asegurar una gestión financiera sólida que permita el devengamiento oportuno de facturas y una adecuada planificación presupuestaria.

6.- Retroalimentación y mejora continua: Establecer un sistema de retroalimentación continua para ajustar estrategias y procesos.

GLOSARIO

(s)	Subrogante. <i>Ej: encargada (s) / director (s).</i>
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas
BSC/CMI	Balanced Scorecard / Cuadro de Mando Integral
CAIGG	Consejo Auditoría Interna General de Gobierno
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento
COMPIN	Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
CR	Centro de Responsabilidad
CRADYT	Centro de Responsabilidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
CUDYR	Categorización de Usuarios según Dependencia y Riesgo de Cuidados
DIGERA	División de Gestión de Redes Asistenciales
DIPRES	Dirección de Presupuestos (Ministerio de Hacienda)
DM	Dispositivos Médicos
D.S.	Decreto Supremo
EAR	Establecimientos Autogestionados en Red

EU	Enfermera(o) Universitaria(o)
-----------	-------------------------------

FODA	Matriz/Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
FONASA	Fondo Nacional de Salud
Glasgow	Escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale, GCS) (escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona)
GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico
HAR/HCA	Hospital Dr. Augusto Riffart / Hospital de Castro
HLCM	Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna
IAAC	Índice Agregado de Actividad
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ME	Mapa Estratégico
MINSAL	Ministerio de Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
REM	Registro Estadístico Mensual
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud

SAM	Sistema de Administración Médica
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SIGFE	Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado
SIS-Q	Sistema de Información en Gestión y Calidad en Salud
SSCh	Servicio de Salud Chiloé
SSMO	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
SSMS	Servicio de Salud Metropolitano Sur
UCAD	Unidad de Coordinación Académica y de Investigación
UEH	Unidad de Emergencias Hospitalarias
WinSIG	Versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG)

Referencias Bibliográficas:

- Padilla-Aguilar, D.; Acevedo-Suárez, J.A.; Lage-Dávila, A.; Figaredo-Curiel, F. (2014). El Cuadro de Mando Integral en el Centro de Inmunología Molecular. *Ingeniería Industrial*, 35(2), 240-253. Recuperado en 19 de marzo de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362014000200011&lng=es&tlng=es
- Loaiza, G.A. (2021). El Balanced Scorecard en la gestión de Salud. *Salud y Bienestar Colectivo*, 5(1): pág. 5-17
- Kaplan R., Norton D. (1992). The Balanced Scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*; 70(1)
- Vergara, M.; Bizama, L. (2009). Autogestión hospitalaria en red I: Competencias esenciales para la gestión. *Revista chilena salud pública*; vol.13(3): pág. 163-168.
- Vergara, M.; Bizama, L. (2010). Autogestión hospitalaria en red II: El método. *Revista chilena salud pública*; vol.14(1): pág. 52-58.
- Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. (s/f-b). [Calvomackenna.cl](https://www.calvomackenna.cl). Recuperado el 20 de noviembre de 2023, de https://www.calvomackenna.cl/nuestro_hospital/mision_vision
- Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart. (s/f-b). [Hospitalcastro.gob.cl](https://www.hospitalcastro.gob.cl). Recuperado el 20 de noviembre de 2023, de <https://www.hospitalcastro.gob.cl/>
- Martino Bassano, R.; Cocio Salas, A.; Esturillo Vivar, C.; y Román Ahumada, C. (2021). Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red 2021. Gobierno de Chile.
- Leyton Pavez, C., Sánchez Castillo, L. (2013). Implementación del cuadro de mando integral en el hospital autogestionado de San Carlos, provincia de Ñuble, Chile.
- Kaplan Robert S., Norton David P. (2005). "El Cuadro de Mando Integral". P. 1-7
- Baraybar F., (2010). "El cuadro de Mando Integral- Balanced Scorecard". P. 1-81
- Kaplan Robert S., Norton David P. (2000) Libro cuadro de Mando integral, 2da edición. Capítulo 1 y 2.
- Cárdenas Saravia, Tito Iván. (2009) Diseño de un Cuadro de Mando Integral (Parte I) Perspectivas, Núm. 23, pp 101-114. Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia.
- Fernandez Alberto., (2001). El Balanced Scorecard. "Ayudando a implantar la estrategia" . P. 1-9.

- Sebastián Cid, L; Astorga Inostroza, A.; Cocio Salas; Esturillo Vivar, C. (2023). Instrumento de Evaluación Establecimiento Autogestionados en Red 2023. Gobierno de Chile. P. 1-102
- Giovarruscio, A.; Terraza, M.A. (2020). La Gestión del Cuadro de Mando Integral en Instituciones de Salud. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15717/la-gestion-del-cuadro-de-mando-integral-en-instit.pdf
- Niven Paul R, (2000).” El cuadro de Mando Integral paso a paso” *prólogo de Robert S. Kaplan*. P.1-261
- Abu Jaber AA, Nashwan A J, 2022. Balanced Scorecard-Based Hospital Performance Measurement Framework A Performance Construct Development Approach. P. 1-13
- Salgado, Z. O., Aravena, C. C., Roman, M. A., & Gómez, L. M. (2015). *PLANE DE DESARROLLO ESTRATÉGICO Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL 2016 – 2018 Servicio de Salud Metropolitano Sur*. <https://ssms.gob.cl/wp-content/uploads/2018/05/Planificación-Estrategica-SSMS-2016-2018.pdf><https://ssms.gob.cl/wp-content/uploads/2018/05/Planificación-Estrategica-SSMS-2016-2018.pdf>.
- Sanhueza, H. (2018). Autogestión Hospitalaria del Hospital San Camilo “Propuesta de Plan de Acción para los indicadores defectuosos para la mantención de la Calidad EAR 2018”. P. 1-56. content (unab.cl)
- Caprile Rojas A., Gonzalez Acevedo J., Guerrero Zapata O., Jara Rodriguez A., Rocco Cañón M. (2004). Balanced ScoreCard como herramienta para la gestión hospitalaria: una propuesta para el Hospital Militar.
- Santelices Cuevas, E.; Delgado Sáez, M.; Criado Pinto, F.; Cortés Lacoste, V. (2015). Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red. Gobierno de Chile.
- Santelices Cuevas, E.; Delgado Sáez, M.; Criado Pinto, F.; Cortés Lacoste, V. (2016). Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red. Gobierno de Chile.
- Santelices Cuevas, E.; Delgado Sáez, M.; Criado Pinto, F.; Cortés Lacoste, V. (2017). Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red. Gobierno de Chile.
- Santelices Cuevas, E.; Delgado Sáez, M.; Criado Pinto, F.; Cortés Lacoste, V. (2018). Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red. Gobierno de Chile.
- Cid Alvarado, S; Astorga Inostroza, L; Cocio Salas, A; Esturillo Vivar, C. (2024). Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red 2024. Gobierno de Chile.
- Forgione, A. (1997). Health care financial and quality measures: International call for a “balanced scorecard” approach. *J Health Care Finance*, 24.

Leyton-Pavez, C. E.; Huerta-Riveros, P. C.; Paúl-Espinoza, I. R. (2015). Cuadro de mando en salud. *Salud Pública de México*, 57(3), 234. Santa María Ahuacatitlán, Cuernavaca, Morelos. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7562>

Anexos

Anexo N°1: Carta de Compromiso Investigador Responsable - Hospital Luis Calvo Mackenna



UNIDAD ACADÉMICA Y UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

CARTA DE COMPROMISO DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

Yo, Cristian Andrés Valdés Muñoz en mi calidad de Investigador Principal del proyecto de investigación " Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y Comparación de los Resultados entre los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart" comprometo:



- 1.- Declarar mis potenciales conflictos de interés ante la UCAD y el Comité de Ética respectivo.
- 2.- Declaro conocer las leyes y normativas vigentes para la conducción correcta del proyecto.
- 3.- Reportar a la UCAD y el Comité de Ética cualquier desviación y/o enmienda del proyecto.
- 5.- Enviar a la UCAD un informe de avance cada año a contar de la fecha de la resolución de aprobación para la realización del proyecto.
6. Enviar a la UCAD un informe al final al término del estudio.
- 7.- Comunicar a la UCAD: cierre, auditorías, inspecciones o suspensión del estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos hasta esa fecha, razones de la suspensión y programa de acción con los sujetos participantes (si aplica).
- 8.- Garantizar que el procedimiento del consentimiento informado (si aplica) se lleve a cabo de tal forma que promueva la libertad y autonomía del sujeto, asegurándose que éste logró entender adecuadamente la investigación, sus riesgos y probables beneficios.

Nombre : Cristian Andrés Valdés Muñoz

RUT : 14.156.968-6

Firma :  Fecha : 20/03/2024

Anexo N°2: Toma de Conocimiento y Apoyo Jefaturas para Estudios de Investigación - Hospital Luis Calvo Mackenna

 <p>Unidad de Investigación Unidad de Coordinación Académica HOSPITAL, DR. LUIS CALVO MACKENNA MIJU/AIMG/IVAA</p>	<p>ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN APOYO JEFATURAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS En el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna</p>	 <p>Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna Hospital Financiado de Alta Complejidad Fundado en 1942 Versión 2, abril 2022</p>
--	---	--

TOMA DE CONOCIMIENTO Y APOYO DE JEFATURAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN UNIDADES ADMINISTRATIVAS

En Santiago, 20 de marzo 2024

A través de la presente y en mi calidad de Subdirectora de Gestión Clínica, certifico que he tomado conocimiento de la solicitud de realización de un Estudio de Tesina, titulado “Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y Comparación de los Resultados entre los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart”, cuyo **Investigador (a) Principal** es Cristian Valdés Muñoz

El **Investigador Responsable local** del estudio en el HLCM es Blanca Flores, cargo contrata con desempeño de 44 horas semanales en la unidad de Subdirección de Gestión Clínica

De acuerdo a lo leído y conversado con el investigador responsable, la unidad cuenta con la información que necesita para su estudio:

Resultado de los indicadores BSC 2015 a 2018 y principales prácticas de implementación y control de gestión, con acceso a los principales actores del HLCM.



En esta unidad, el investigador responsable se ha reunido con Blanca Flores para coordinar todos los aspectos relacionados con las acciones necesarias para la ejecución de este estudio

En conclusión, TOMO CONOCIMIENTO Y APOYO la ejecución del estudio de investigación señalado en la Unidad a mi cargo.



Blanca Flores
Subdirectora Gestión Clínica
Hospital Luis Calvo Mackenna.

Anexo N°3: Lista de Chequeo Documentos a Presentar a UCAD para Estudios de Investigación - Hospital Luis Calvo Mackenna

 <p>UNIDAD ACADÉMICA</p>	LISTADO DE CHEQUEO DOCUMENTOS NECESARIOS PARA AUTORIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN EL HLCM	 <p>VERSIÓN: 02 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2018 ACTUALIZACIÓN: ENERO 2022</p> <p>Pg. 1 de 1</p>
---	---	---

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS A PRESENTAR A UCAD	
<input checked="" type="checkbox"/>	1. Proyecto de investigación en formato Word, idioma ESPAÑOL
<input type="checkbox"/>	2. Borrador de contrato (sólo proyectos con financiamiento, si aplica)
<input type="checkbox"/>	3. Protocolo de desarrollo [ocal] del proyecto (en estudios multicéntricos, Anexo 2)
<input type="checkbox"/>	4. Consentimiento informado
<input type="checkbox"/>	5. Asentimiento informado (si aplica)
<input checked="" type="checkbox"/>	6. Carta de toma de conocimiento y apoyo investigación Jefatura
<input checked="" type="checkbox"/>	7. Carta de Compromiso Investigador Responsable
<input type="checkbox"/>	8. Presupuesto total asignado al estudio (si aplica)
<input type="checkbox"/>	9. Acta de aprobación de Comité de Ética Científico

**Anexo N°4: Ordinario N°353 Dirección Hospital de Castro, Dr. Jonathan Zuñiga Alvarado:
"Informa autorización para realizar proyecto en el Hospital de Castro".**

Hospital de Castro
Servicio de Salud Chiloé
Dirección

ORD. N° : 353

ANT. : Sobre cerrado.-

MAT. : Informa autorización para realizar proyecto en el Hospital de Castro.-

Castro, 08 ABR. 2024

**DE: DR. JONATHAN ZUÑIGA ALVARADO
DIRECTOR (S) HOSPITAL DE CASTRO**

**A: E.U ALFREDO KLENNER SOTO
CENTRO DE SALUD USP-PRAIS**

Junto con saludarle, mediante el presente, informo a usted autorización para realizar proyecto de "Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y Comparación de los Resultados entre los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)", en nuestro establecimiento.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



**DR. JONATHAN ZUÑIGA ALVARADO
DIRECTOR (S)
HOSPITAL DE CASTRO**

DR.JZA/jcv.-

Distribución:

- La Indicada.
- Dirección (digital).
- Oficina de Partes.



Anexo N°5: Resolución Exenta N°1074, Dirección Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Michel Royer Faundez: Autoriza la realización de la investigación “Análisis Crítico de la Implementación del Balanced Scorecard (BSC) y Comparación de los Resultados entre los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart”.



JOM/amg

MAT: AUTORIZA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN “ANÁLISIS CRÍTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORECARD (BSC) Y COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED (EAR), HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA Y HOSPITAL DE CASTRO DR. AUGUSTO RIFFART”.

EXENTA N° **1074**

SANTIAGO, **26 MAR 2024**

VISTOS: estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469; Resolución Exenta N°367 del 08 de Marzo de 2006, del Ministerio de Salud, que otorga al Hospital Luis Calvo Mackenna la calidad de hospital autogestionado en Red; Resolución N° 10 de 2021 que trata sobre la modalidad de los actos sujeto a registro, todos de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

a) Que a contar del 1° de Mayo de 2006, el Hospital Luis Calvo Mackenna, es un Establecimiento Autogestionado en Red y como establecimiento público de salud, está destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de niños enfermos y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada.

b) Que los establecimientos autogestionados son órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud y, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en la esfera de su competencia, no comprometerán sino los recursos tendrán el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento y de los demás bienes que adquieran posteriormente a cualquier título.

c) Que la administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director del Hospital, ordenado por Resolución RA N°561/2021 del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

d) Que de acuerdo con los antecedentes que he tenido a la vista y dentro de mis facultades dicto lo siguiente:

RESUELVO

1° **AUTORÍZASE** la realización de la investigación, **“ANÁLISIS CRÍTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORECARD (BSC) Y COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED (EAR), HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA Y HOSPITAL DE CASTRO DR. AUGUSTO RIFFART”** y cuyos antecedentes se encuentran registrados en la Unidad de Coordinación Asistencial Docente, UCAD.

Designase investigador responsable a la profesional, Sra. Blanca Flores Díaz, RUT:13.368.201-5, quien es funcionaria del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, 44 horas.

2° **REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE**



MINISTRO DE FE

DISTRIBUCIÓN:

- Subdirecciones
- UCAD
- Unidad Jurídica
- Auditoría
- Of. de Partes

Anexo N°6: Respuestas entrevistas Hospital de Castro, Dr. Augusto Riffart

6.1 Encargado de Auditoría, Sr. Gerardo Arenas Soto



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL DR. AUGUSTO RIFFART

Fecha: 25/04/2024

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	Gerardo Arenas Soto
PROFESION	Ingeniero Comercial y Contador
CARGO	Auditor Administrativo
AREA	Auditoría Administrativa
CORREO ELECTRONICO	auditoria@hospitalcastro.gob.cl

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC
(2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado de Auditoría	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría	Excelencia de la Atención	Fortalecer Procesos de Calidad	2015 - 2016 - 2017 - 2018
Encargado de Auditoría	Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, Producto de una Auditoría	Excelencia de la Atención	Fortalecer Procesos de Calidad	2015

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión del BSC dentro de la organización?

Conceptualmente, el Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral, es una herramienta de gestión estratégica, que ofrece una visión integrada y balanceada de la organización y permite desarrollar la estrategia en forma clara, para ello obliga a definir estrategias corporativas, revisar los procesos clínicos y administrativos y definir los objetivos estratégicos.

La Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de Establecimientos de Autogestión en Red, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los Hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades al director, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros. La misma Ley, estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de Establecimiento *Autogestionado en Red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del Director. Todo se reglamentó mediante el D.S.Nº 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda. Dichos requisitos fueron plasmados por el Ministerio de Salud en un "Instrumento Técnico De Certificación de Cumplimiento de Requisitos para la Obtención de la Calidad de EAR y de Evaluación Anual de Mantenimiento de Requisitos para EAR" utilizado desde el año 2005, carecía de hitos que dieran cuenta de la gestión hospitalaria, contenía más de 250 indicadores y era excesivamente riguroso en la forma, dicotómico y centrado en la medición de aspectos estructurales. Luego en el año 2010 el Minsal inicia, un trabajo orientado a la definición de un nuevo mecanismo de evaluación que permitiese medir la estrategia de la organización.

En ese contexto, nace el nuevo instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red, que se basa en la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral, la cual destaca por ser una herramienta de carácter

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza- Carlos Esquivel Salinas - Alfredo Klenner Soto - Pablo Carrasco Muñoz - Carolina Salinas Paredes - Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

estratégico, que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad. Señala un camino organizado para llevar a cabo las prestaciones de salud.

En el año 2011 el nuevo instrumento de evaluación BSC, incorporaba 48 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos estratégicos que un Establecimiento Hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa. Dichos indicadores daban cuenta de todos los procesos críticos de un Establecimiento Hospitalario: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica y Excelencia de la Atención.

La versión reciente del año 2024 del instrumento de evaluación contiene 31 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

De esta manera, hoy en día el instrumento BSC es utilizado en el Hospital de Castro a través de SIS-Q y en la Planificación Estratégica. En cierta forma representa a la organización y cobra sentido para los actores involucrados, quienes podemos proponer y ejecutar iniciativas, en pos del logro de las metas

*"Hospital Autogestionado", la ley N°20.319 publicada en el diario oficial el 31.12.08 que modifica la ley N°19.937 de autoridad sanitaria y gestión publicada en el diario Oficial el 24.02.2004, establece que entre otros establecimientos, el Hospital de Castro a contar del 31 de Enero del 2010 pasa a tener la calidad de establecimiento autogestionado en red (EAR) por el solo ministerio de la ley.

Para mayor detalle de los indicadores SISQ de todo el Hospital pueden contactar al Jefe del Subdepto Gestión y Desarrollo Don José Vásquez Pereira jvasquez@hospitalcastro.gob.cl

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

2.1.-¿Qué tipos de monitoreos realiza, para lograr una buena dirección y control de los procesos de auditoría?

Una vez realizada la auditoria administrativa, se genera un informe con hallazgos y se solicita un plan de mejora que contiene compromisos y plazos de ejecución, luego se efectua seguimiento periódico. Dichos insumos se plasman en el SISQ, que es nuestro BSC Hospitalario.

2.2-¿Cuál es el plan de mejora que trabaja por áreas y el seguimiento de los procesos a intervenir?

Respondida en 2.1.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación de BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Las ventajas es que alinea a la organización y sirve como un instrumento para ir midiendo los avances de los objetivos planteados.

La desventaja es que requiere expertiz en la generación de los indicadores, dado que podemos tener excelentes indicadores, pero un desempeño deficiente de la organización o viceversa.

4.-¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?
Primero que todo, el BSC debe estar liderado por la Dirección del Establecimiento y por el equipo directivo, debe ser monitoreado frecuentemente, difundido en toda la organización. Debe estar acompañado con mejoras continuas, ajustes post objetivos y con un manejo de recursos humanos y financieros eficientes.

6.2 Encargado Pabellón Quirúrgico, Anestesiólogo Dr. Diego Gamboa Muñoz



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL DR. AUGUSTO RIFFART

Fecha: 26 de abril 2024

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	Diego Ignacio Gamboa Muñoz
PROFESION	Médico Anestesiólogo
CARGO	ENCARGADO DE PABELLON QUIRURGICO
AREA	
CORREO ELECTRONICO	jefepabellon@hospitalcastro.gob.cl

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC
(2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado de Pabellón Quirúrgico	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	Eficiencia Operacional	Usar de Manera Eficiente los Recursos	2015 - 2016

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión del BSC dentro de la organización?

Se desarrolla de la misma forma como se expone en el instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red, en este define que el BSC es una herramienta de control y gestión, que permite la medición de eficiencia del establecimiento en base a resultados, y que es estandarizado para todos los establecimientos sanitarios autogestionados del país, considera que el espíritu de este es permitir la organización interna, que si bien es descentrado del servicio de salud, respeta la cartera de prestaciones que es definida en este caso por el servicio de salud Chiloé. El instrumento es de revisión anual, por tanto cada jefatura es informada por los directivos y jefatura de control y gestión, sobre cuáles son los indicadores que deben dar cumplimiento, estableciendo así el mínimo. Con esto cada equipo trabaja generando múltiples estrategias que permitan obtener los resultados programados.

2.-¿Qué estrategia(s) ocupa Ud., para reducir la suspensión de intervenciones quirúrgicas?

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza- Carlos Esquivel Salinas - Alfredo Klenner Soto - Pablo Carrasco Muñoz - Carolina Salinas Paredes - Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

Si bien asumí la responsabilidad de la jefatura de pabellón recientemente en septiembre del 2023, a la fecha puedo dar cuenta de algunas dinámicas que han impactado positivamente, paso a explicar a continuación.

Dentro de las múltiples estrategias planteadas periódicamente, destaco la revisión semanal de nodos críticos, en esta revisión exhaustiva de caso a caso de suspensión, de forma interdisciplinaria (jefatura de Enfermería de pabellón, especialidades quirúrgicas), se identifican las fortalezas pero sobre todo las debilidades que permitieron llegar a la suspensión de una cirugía programada, a modo de ejemplo expongo la dificultad en visualizar de forma exacta el tiempo quirúrgico, porque existen variables impredecibles como la complicación de algún paciente y que termina en la prolongación de esta tabla. En este caso puntual se acordó que frente a casos complejos, se incorporó el concepto del paciente condicional, que permite que ante el caso de “prolongación de tabla”, este “condicional” no se resuelva quirúrgicamente en ese momento, pero no cuenta como suspensión, por tanto no impacta de forma negativa en el indicador al no contar como suspensión, y en el caso que si se resuelva, mantiene las tasas de ocupación del Pabellón en números positivos.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación del BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Dentro de las ventajas de aplicar BSC esta claramente el hecho de que permite organizar el y focalizar los recursos existentes (humano, tecnologico, etc) en pro de una estrategia.

Al ser una herramienta estandarizada permite poder medirnos con otros centros de similares condiciones, y evaluar la gestión interna, de esta forma distribuir los esfuerzos , recursos humanos y económicos según vaya requiriendo cada unidad/servicio.

Como desventaja se encuentra el hecho de que el indicador en cuestión es extremadamente rígido y no permite correcciones posteriores, ni explicaciones o argumentaciones. De esta forma si algún paciente es reemplazado por otro de mayor urgencia el indicador destaca el hecho de suspensión como un elemento gestionable y corregible pero no permite cambios posteriores , situación que no refleja la gestión interna que pudiera ser igualmente provechosa, considerando que como menciono más arriba siempre prevalece la urgencia de los pacientes.

4.-¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?

Creo que es una herramienta en su mayoría positiva, sin embargo añadiría que se pudiera justificar ante algunas situaciones particulares, que si bien se mantiene la ocupación del pabellón, y

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza- Carlos Esquivel Salinas - Alfredo Klenner Soto - Pablo Carrasco Muñoz - Carolina Salinas Paredes - Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

que siempre es el espíritu, no se realiza lo programado, y eso es visto como no cumplimiento, no considera que se priorizo alguna situación de carácter grave que pudiera comprometer la vida de algún usuario por tanto imposible diferir, lo lógico es utilizar el pabellón que este libre en ese instante (antes de ingresar lo programado en ese pabellon, a modo de ejemplo).

Como podría explicarse ante el caso que el pabellón único de urgencia, estuviera ocupado y llegara alguna emergencia vital, que requiere resolverse de inmediato puesto que amenaza la vida del paciente, esta se pase en el Pabellon electivo que tenía programación, pero se suspende lo programado por dar ese pabellón ante la situación de emergencia, ejemplo: embarazo con prolapso del cordón.

6.3. Encargado Servicio de Urgencias Hospitalarias

6.3.1 Encargado Enfermería, EU Belén González Sotomayor



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL DR. AUGUSTO RIFFART

Fecha: _____ 25 de Abril de 2024 _____

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	EU. Belén González Sotomayor
PROFESION	Enfermera
CARGO	ENFERMERA JEFE (S) SERVICIO DE URGENCIAS
AREA	Unidad de Emergencia Hospitalaria Indiferenciada
CORREO ELECTRONICO	enfermerajefeurgencia@hospitalcastro.gob.cl

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC
(2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado Servicio de Urgencias	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Eficiencia Operacional	Fortalecer y Optimizar los Procesos Clínicos Críticos	2015 - 2016

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión de BSC dentro de la organización?

Desde mi experiencia, sabía a grandes rasgos de la existencia de la plataforma SISQ, porque la utilizaba hace más de 10 años en mi primera jefatura de Urgencia.

Asumí la jefatura actual en septiembre del 2023, y desde ese entonces, no tenía mayor información en profundidad sobre el tema, pero sí siempre he tenido claro que nos evalúan ciertos indicadores de gestión clínica.

Dicho lo anterior, no tengo mayores referencias en cuanto a la gestión de BSC en el Hospital de Castro.

2.-Según la categorización de la demanda en la Unidad de Urgencias, ¿qué estrategia(s) utiliza para que la Unidad cumpla con el óptimo cumplimiento del indicador?

Según resultados del año 2023, cumplimos en un 64,4%, muy por debajo de la meta, lo que se debe a varios factores tales como: falta de infraestructura física de la unidad, aumento de la complejidad de los pacientes (considerando que somos el hospital base del Servicio de Salud Chiloé y el de mayor complejidad), bloqueos de box de atención por pacientes hospitalizados por falta de camas en el recinto, pacientes dependientes que requiere de camillas durante su

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

estadía, aumento en los tiempo de espera de exámenes imagenológicos como TAC (según licitación deberían ser de 2 horas, y sobrepasamos las 24 horas de espera), ausencia de médicos en su puesto de trabajo, entre otras.

Con los pocos recursos con los que contamos, se implementó una pequeña sala de descarga, con el fin de ubicar ahí, pacientes que requieren una mayor observación y así habilitar los box para continuar la atención de los usuarios.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación del BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Ventajas: De la poca información que manejo, creo que es una forma macro de ver la organización.

Desventajas: es muy sensible a los indicadores, ya que no ve en detalle los incumplimientos. Es una herramienta no conocida por muchos referentes de los propios indicadores y tampoco tenemos acceso a la plataforma.

4.-¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?

Creo que lo primero es difusión de la herramienta y su capacitación, quizás así, podría ser más útil para todos.

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza– Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

6.3.2 Encargado Médico, Dra. Liliana Vera Bahamonde



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL DR. AUGUSTO RIFFART

Fecha: 25 abril 2024

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	LILIANA PATRICIA VERA BAHAMONDE
PROFESION	MEDICO
CARGO	JEFE MEDICO SERVICIO URGENCIAS
AREA	URGENCIAS
CORREO ELECTRONICO	JEFEURGENCIAS@HOSPITALCASTRO.GOB.CL

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC (2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado Servicio de Urgencias	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Eficiencia Operacional	Fortalecer y Optimizar los Procesos Clínicos Críticos	2015 - 2016

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza– Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión de BSC dentro de la organización?

Particularmente tengo la percepción constante que el BSC no es una herramienta ampliamente ni difundida ni generalizada en el ámbito organizacional de la institución ni el servicio. En este contexto, impresiona que lo poco habituado o conocido tiene a ser de propósito exiguo y en cierta medida ineficaz considerando que son herramientas al parecer restringidas a una cantidad escasa de individuos que debo suponer del área administrativa las cuales tienen pocas instancias comunicativas con áreas clínicas per sé.

2.-Según la categorización de la demanda en la Unidad de Urgencias, ¿qué estrategia(s) utiliza para que la Unidad cumpla con el óptimo cumplimiento del indicador?

Actualmente se encuentra ya en proceso una ampliación del área para sala de observación en el servicio de urgencias, lo que potencialmente reduciría el tiempo de espera de atención de pacientes que se genera habitualmente dado bloqueo de box de atención por pacientes en espera de cama; consideremos que si bien estamos centrados en este momento en una unidad en particular, la atención continua y rápida de pacientes en servicio de urgencia se ve directamente afectada por la disponibilidad y funcionamiento de otros servicios clínicos de hospitalización. Se evita en lo posible contemplar y mantener pacientes en espera de cama por más de 12 horas ya que no solo altera pronóstico de pacientes sino que en lo estructural limita la utilización de espacios para continuar con atención de pacientes ingresados a urgencias.

Por otra parte además se ha logrado contar con mayor cantidad de personal médico por turno, lo que disminuye el tiempo de atención de espera particularmente más graves; es decir ESI 1,2 y 3.

Destacando lo último, se intenta además dentro de lo posible a nuestras facultades mantener la comunicación adecuada con la población para utilizar recursos disponibles en la red, como APS, SAR, CESFAM, etc.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación del BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

Es por lo que conozco, muy sensible a los indicadores evaluados, y al parecer no pondera relevancia real de algunos de ellos en la gestión; por lo demás parece desventaja evidente el conocimiento difundido de dicha herramienta, considerando la lógica que si una herramienta no es conocida tiende a disipar la potencial utilidad real.

4.-¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?

Difundir herramienta, y capacitar respecto al uso correcto de ella. Que se tenga acceso a referentes clínicos y no clínicos que puedan objetivar su funcionalidad real para utilización.

Vigilar si es que es la herramienta a utilizar para algunos procesos el resultado posterior de las implementaciones realizadas.

6.4 Encargado Subdirección Administrativa, Sra. Lorena Mora Pérez



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL DR. AUGUSTO RIFFART

Fecha: 23-04-2021

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	Lorena Viviana Mora Pérez
PROFESION	Administrador Público
CARGO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
AREA	Subdirección Administrativa
CORREO ELECTRONICO	subdireccionadministrativa@hospitalcastro.gob.cl

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC (2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Subdirector Administrativo	Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas	Sustentabilidad Financiera	Control de Procesos Financieros Críticos	2016 - 2017 - 2018
	Porcentaje de Disminución de la Deuda	Sustentabilidad Financiera	Control de Procesos Financieros Críticos	2015 – 2016 – 2017 - 2018

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión del BSC dentro de la organización?

La reportabilidad del BSC es trabajada por el sub departamento de desarrollo organizacional. La gestión propiamente tal en correlato con cada indicador, es según los datos que cada unidad proporcione a Gestión y Desarrollo.

Sobre actos económicos el BSC solo entrega reportería que no genera cambios en la asignación de recursos.

2.-¿Cuál es control interno de flujo contable que utiliza para obtener indicadores óptimos de procesos críticos?

El flujo contable se inicia con el compromiso presupuestario y culmina con el devengo de la documentación de compras. Esta cadena o flujo que se ve interrumpida frente a la ausencia de disponibilidad presupuestaria.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación de BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Ventaja: Mirada retrospectiva resumida del desempeño y/o comportamiento de la organización.

Desventaja: ausencia de metodología definida que se traduzca en reales insumos para implementar mejoras.

4.-¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

Acotar el número de indicadores a trabajar.
Establecer directrices y metodología de trabajo sobre los reportes e indicadores

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

6.5 Entrevista Directivo, Jefe Subdepartamento Control de Gestión, D. José Vásquez Pereira

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	José Vásquez Pereira
ESTABLECIMIENTO	Hospital Dr. Augusto Riffart
PROFESIÓN	Nutricionista
CARGO	Jefe Subdepartamento Control de Gestión y Desarrollo
CORREO ELECTRÓNICO	jvasquez@hospitalcastro.gob.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

1. ¿Conoce el BSC?

a. **Sí**

b. No

2. ¿Cuenta con algún tipo de herramienta de planificación estratégica propia?

a. **Sí**

b. No

3. ¿Cuál?

Plan de actividades propio del Hospital de Castro, el cual incorpora todas las evaluaciones a las que está sometido el establecimiento, por ejemplo EAR, COMGES, MS, etc.

4. ¿Tienen un panel de control de gestión?

a. **Sí**

b. No

5. ¿Cómo fija los indicadores de ese panel?

No es un panel propio, nos basamos en el SIS-Q. Los indicadores son fijados de acuerdo con los lineamientos del Cuadro de Mando Integral.

6. ¿Revisan como equipo directivo ese panel de gestión?

- a. Sí
- b. No
- c. N/A

7. ¿Cada cuánto tiempo?

- a. Mensualmente
- b. Bimestral
- c. Trimestral
- d. Semestral
- e. Anual
- f. N/A

8. ¿El panel de gestión incluye indicadores de BSC?

- a. Sí
- b. No
- c. N/A

9. ¿Entrega Ud. los resultados a sus jefaturas intermedias?

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces
- c. Ocasionalmente
- d. Nunca o casi nunca

10. ¿Responsabiliza a sus jefaturas intermedias sobre el resultado?

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces
- c. Ocasionalmente
- d. Nunca o casi nunca
- e. N/A

11. ¿Cómo realiza dicha entrega de resultados?

“La entrega de información se realiza generalmente hacia los jefes de Centros de Responsabilidad y otros referentes involucrados en el proceso de evaluación EAR. Esta entrega de información se realiza presencialmente, individualmente o a través de los Consejos Directivos”.

12. ¿Entrega un informe de esos resultados?

- a. Sí

b. No

13. ¿Con cuánta periodicidad lo realiza?

- a. Mensual
- b. Bimestral
- c. Trimestral
- d. Semestral
- e. Anual
- f. N/A

14. ¿Se reúnen con sus jefaturas intermedias para analizar esos resultados?

- a. Sí
- b. No
- c. N/A

15. ¿Qué hacen? ¿Toman alguna acción correctiva?

“La entrega de información se realiza generalmente hacia los jefes de Centros de Responsabilidad y otros referentes involucrados en el proceso de evaluación EAR. Esta entrega de información se realiza presencialmente, individualmente o a través de los Consejos Directivos”.

16. ¿Sus jefaturas intermedias tienen alguna calificación por esos resultados?

- a. Sí
- b. No
- c. N/A

6.6 Entrevista Jefe de Servicio Médico-Quirúrgico, EU Romina Rifo Rivas

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Romina Rifo Rivas
ESTABLECIMIENTO	Hospital Dr. Augusto Riffart
PROFESIÓN	Enfermera Universitaria
CARGO	EU Jefe Servicio Médico-Quirúrgico Adulto B (Ex Pensionado)
CORREO ELECTRÓNICO	enfermerajefemqb@hospitalcastro.gob.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

17. ¿Conoce Ud. la herramienta BSC?

- a. Sí
- b. No

18. ¿Su jefatura le entrega indicadores y metas sobre su gestión?

- a. Sí, me entrega indicadores y metas
- b. Me entrega sólo indicadores o sólo metas
- c. No me entrega indicadores ni metas

19. Mencione algunos ejemplos

“Nos solicitan indicadores de calidad. En los servicios clínicos realizamos mediciones de ciertos indicadores de gestión Clínica, los que son enviados de manera trimestral a Oficina de Calidad y SD de Enfermería (no particularmente BSC)

Por ejemplo, lesión por presión, caídas, identificación de pacientes, administración segura de medicamentos, mantención de catéter venoso periférico y entrega de informes al alta hospitalaria”.

20. ¿Recibe cada cierto tiempo feedback sobre sus resultados?

- a. Sí
- b. No

21. ¿Cada cuánto tiempo?

- a. Mensual
- b. Bimestral
- c. Trimestral
- d. Semestral
- e. Anual
- f. N/A

22. ¿Qué hace con esa información?

“Particularmente como jefatura, realizo junto al equipo planes de intervención o mejora, de acuerdo con los resultados obtenidos.

Por ejemplo: reforzar protocolos clínicos a personal permanente y sobre todo a personal nuevo o a reemplazo”.

23. ¿Recibe acompañamiento con equipo directivo para realizar su gestión sobre indicadores y metas?

- a. Sí
- b. No

24. ¿Comparte estos resultados con su equipo?

- a. Sí
- b. No

25. ¿Cada cuánto tiempo?

- a. Mensual
- b. Bimestral
- c. Trimestral
- d. Semestral
- e. Anual
- f. N/A

6.7 Entrevista Jefatura de Auditoria, D. Gerardo Arenas Molina

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Gerardo Arenas Molina
ESTABLECIMIENTO	Hospital Dr. Augusto Riffart
PROFESIÓN	Ingeniero Comercial
CARGO	Jefe de Auditoría
CORREO ELECTRÓNICO	auditoria@hospitalcastro.gob.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

- ¿Conoce Ud. la herramienta BSC?
 - Sí
 - No
- ¿Su jefatura le entrega indicadores y metas sobre su gestión?
 - Sí, me entrega indicadores y metas
 - Me entrega sólo indicadores o sólo metas
 - No me entrega indicadores ni metas
- Mencione algunos ejemplos

Nosotros nos regimos por el Consejo de Auditoría Interna General de gobierno, ellos nos hacen llegar los indicadores anuales, por ejemplo, auditoría de compras, de pronto pago, de riesgo, de control interno.

- ¿Recibe cada cierto tiempo feedback sobre sus resultados?
 - Sí
 - No

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

- ¿Qué hace con esa información?

“Se va ajustando el plan anual de Auditoría en la institución”.

- ¿Recibe acompañamiento con equipo directivo para realizar su gestión sobre indicadores y metas?

- Sí
- No

- ¿Comparte estos resultados con su equipo?

- Sí
- No

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

Anexo N°7: Respuestas entrevistas Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

7.1 Encargado CR Área Quirúrgica, EU Berta Troncoso Garrido



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Fecha: __18/04/2024

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	Berta Troncoso Garrido
PROFESION	Enfermera
CARGO	ENCARGADO AREA QUIRUGICA
AREA	CR Cirugía
CORREO ELECTRONICO	btroncoso@calvomackenna.cl

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Esquivel Salinas – Alfredo Klenner Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC (2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado Área Quirúrgica	Porcentaje de Cirugías Ambulatorias en pacientes Mayores de 15 años	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos Clínicos Críticos	No Aplica
	Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos	Eficiencia Operacional	Usar de manera Eficiente los Recursos	2015 - 2016

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión de BSC dentro de la organización?

Poco conocida o utilizada por los que alimentamos indicadores o sistemas de información. Conocemos el plan estratégico, de hecho, fue participativo para todos los estamentos, pero la forma en que se relacionan nuestras actividades con el cumplimiento de los objetivos estratégicos no es conocida.

Recibimos la información, podemos analizarla, pero creo que falta vincularla al por qué debemos llevar ciertos indicadores o entregar cierta información o recibirla.

2.-¿Qué estrategias ocupa para el uso eficiente de los recursos en referencia a los días camas y pabellón?

Los días camas es una variable un poco difícil de gestionar. Nuestro índice ocupacional no es el óptimo, a pesar que en tiempos normales vemos una alta ocupación de nuestras camas, pero este indicador se ve afectado por los días no hábiles, como fines de semanas y festivos, periodo estival, paros, contingencia social. Entonces cuando podemos proyectar algunas de estas variables, reducimos la cantidad de camas en trabajo, para transparentar el indicador y mejorarlo

Pabellón, podemos eficientarlo a través de la coordinación necesaria entre los equipo pre quirúrgicos y quirúrgicos, para coordinar los más acertadamente posible los tiempos quirúrgicos de cada equipo de manera de optimizar el rendimiento de los mismos. Pero también está sujeto a variables que no podemos manejar, como suspensiones por diversas causas.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación de BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Creo que tiene múltiples ventajas, pero principalmente que podemos visualizar los por qué, de manera de poder intervenir en los cómo y cuando. De esa forma creo que se puede mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos.

4.-¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?
Que esta metodología esté al alcance de los que hacemos gestión, que tengamos un lenguaje común, que trabajemos en ella de manera permanente, que seamos capacitados.

7.2 Encargado del Área de Finanzas, D. Osvaldo Saldías Cuevas



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Fecha: 22-04-2024

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	Osvaldo Saldías Cuevas
PROFESION	Ingeniero en Ejecución en Administración de Empresas
CARGO	Jefe de Finanzas
AREA	Finanzas
CORREO ELECTRONICO	osaldias@calvomackenna.cl

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC
(2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado de Finanzas	Porcentaje de Prestaciones Costeadas	Sustentabilidad Financiera	Control de Procesos Financieros Críticos	2015 - 2016

En relación con los indicadores, estos son controlados por la Unidad de Control de Gestión, favor comunicarse con D. Carol Peña jefa U. de Estudios y Control de Gestión, email cpena@calvomackenna.cl

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB

Alumnos

Paula Sepúlveda Espinoza – Carlos Espinosa Salinas – Alfredo Kieener Soto – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión del BSC dentro de la organización?

Esta herramienta ha sido un aporte en la gestión dentro de la organización, mejorando los lineamientos y procesos para alcanzar los objetivos.

2.-Según su Gestión Financiera, ¿cómo monitorea cada central de costo, para evitar procesos financieros críticos?

El monitoreo se realiza a través de un sistema de desarrollo propio SAM, el cual se creó cada centro de costo del HLCM, donde se distribuye un presupuesto, el cual se va monitoreando y ajustando.

4.- ¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?

La recomendación que entregaría es que fuera una herramienta más flexible, dado que cada hospital tiene una realidad distinta y las variables inciden mucho en el indicador.

7.3.- Encargado de Servicio de Urgencias, EU Pamela Cifuentes.



Tesis Magíster en Salud Pública
UNAB
Instituto de Salud Pública

ENTREVISTA HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Fecha: 26-04-2024

1.- Datos Personales

ENTREVISTADO	Pamela Cifuentes Cerda
PROFESION	Enfermera
CARGO	ENCARGADO SERVICIO DE URGENCIAS
AREA	Urgencia
CORREO ELECTRONICO	pcifuentes@calvomackenna.cl

2.- Resumen de Indicadores

Indicadores de Gestión BSC (2015 – 2016 – 2017 - 2018)

RESPONSABLE	INDICADOR	ESTRATEGIA	OBJETIVO	PERIODOS
Encargado Servicio de Urgencias	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Eficiencia Operacional	Fortalecer y Optimizar los Procesos Clínicos Críticos	2015 - 2016

Tesis Magíster en Salud Pública UNAB
Alumnos

Paola Sepúlveda Espinoza- Carlos Espinosa Salinas – Alfredo Elvira Solo – Pablo Carrasco Muñoz – Carolina Salinas Paredes – Claudio Casanga Salinas
Profesor Tutor: Cristian Valdés Muñoz.

3.- Cuestionario de Preguntas

1.-De acuerdo con su experiencia, ¿cómo explicaría la gestión de BSC dentro de la organización?

En general los indicadores que están relacionados con urgencia se han manejado bastante bien con un buen cumplimiento, en relación con la selección de la demanda indicador que está relacionado al equipo de enfermería, informo que está a cargo por una enfermera capacitada con apoyo de un TENS, esto tanto para turnos de día como de noche. Se cumple con el indicador según lo que se exige dentro de la norma, dándole la prioridad de atención según patología, condición de base y clínica de cada niño, niña o adolescente.

2.-Según la categorización de la demanda en la Unidad de Urgencias, ¿qué estrategia(s) utiliza para que la Unidad cumpla con el óptimo cumplimiento del indicador?

- Infraestructura sea adecuada
- Personal capacitado
- Equipamiento en buenas condiciones
- Buena comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinario.

3.-Según su opinión, ¿cuáles serían las posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación del BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización?

Ventajas

- Aumento productividad
- Mayor satisfacción de los funcionarios
- Disminución de los tiempos de atención
- Cumplimiento de metas y objetivos en menor tiempo.
- Mejora de comunicaciones

Desventajas

- Que no todos quieran participar.
- Que no exista una adecuada comunicación.

4.- ¿Qué recomendaciones nos entregaría Ud., para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC?

- Monitoreo continuo con los funcionarios
- Entrevista no solo a jefaturas, sino que también con los ellos que son los que ayudan con el cumplimiento de objetivos y los indicadores.
- Definir las necesidades y priorizaciones, así se podrá mejorar por ejemplo la productividad.
- Medir en forma continua el indicador.

7.4 Entrevista Subdirectora Médica, Da. Andrea Alba García

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Andrea Alba García
ESTABLECIMIENTO	Hospital Luis Calvo Mackenna
PROFESIÓN	Médico
CARGO	Subdirectora Médica
CORREO ELECTRÓNICO	aalba@calvomackenna.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

- ¿Conoce el BSC?

- Sí
- No

- ¿Cuenta con algún tipo de herramienta de planificación estratégica propia?

- Sí
- No

- ¿Cuál?

“Nosotros tenemos indicadores que no son los EAR por distintas unidades en función de las metas que nos ponemos anualmente. Se hace una planificación estratégica que habitualmente la hacemos a 4 años macro y todos los años vamos haciendo nuestra planificación anual, las metas por cada uno de los CR y se va evaluando con las jefaturas en función de esos indicadores”.

- ¿Tienen un panel de control de gestión?

- Sí
- No

“Sí y no, tenemos un panel de control de gestión y todos los meses recibimos un reporte, no es un panel solo de la subdirección médica, es un panel un poco más amplio.”

Como dirección funcionamos como un equipo único para temas de entrega de los indicadores, es decir que si se entrega desde subdirección clínica es lo mismo que si se entrega de subdirección médica de manera que es más fácil hablar en cuanto a la entrega de información de información desde la dirección que está representada por la doctora Alba y por muchas personas más hacia las unidades clínicas o hacia las unidades de gestión. no es responsabilidad del subdirector único, del jefe directo”.

- ¿Cómo fija los indicadores de ese panel?

“Tenemos un panel de control de gestión el cual es unificado para todo el establecimiento”.

- ¿Revisan como equipo directivo ese panel de gestión?

- Sí
- No
- N/A

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensualmente
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

“Hay unos mensuales, semestrales, depende de lo que estemos mirando Hacemos reuniones periódicas, vamos revisando y vamos ajustando nuestros planes. Com equipo directivo, no todo lo vemos juntos, por ejemplo si uno está viendo lista de espera probablemente lo veamos Blanca y yo, hay otros temas que los veo con la Subdirección de Gestión del Cuidado, pero en el fondo sí vamos viendo cómo estamos y cuáles son nuestros planes siguientes, lo vemos en términos de qué tenemos que modificar, en términos de consulta de pacientes que no se presentan, pero vamos revisando y ajustándonos durante todo el año, mensual, trimestral o semestral”.

- ¿El panel de gestión incluye indicadores de BSC?

- Sí
- No
- N/A

- ¿Entrega Ud. los resultados a sus jefaturas intermedias?

- Siempre o casi siempre
- A veces
- Ocasionalmente
- Nunca o casi nunca

“Se comparten mensualmente o con la periodicidad que el indicador lo requiera. Se comparte desde la Unidad centralizada a los jefes de CR con copia a subdirección y luego en reuniones

de jefes de CR discutimos algo que por ejemplo les atañe a todos o con cada jefe de CR vamos trabajando un indicador en específico”.

- ¿Responsabiliza a sus jefaturas intermedias sobre el resultado?

- Siempre o casi siempre

- A veces
- Ocasionalmente
- Nunca o casi nunca
- N/A

“Ellos son los responsables, hacen un compromiso a principio de año con algunos indicadores y ahí trabajamos en conjunto, que quieren trabajar ellos, que identifican ellos como el área a trabajar”.

- ¿Cómo realiza dicha entrega de resultados?

“Si hay indicadores en riesgo, lo primero que hacemos es un análisis de si el indicador nos hace sentido, o si tiene posibilidades de mejora o dónde. Luego, con algo más pensado apuntamos a la jefatura y hacemos un análisis de cómo bajamos esa solución o cómo la terminamos de discutir. Por ejemplo, si uno dice cardiología, nos piden este año altas de un 14% y nosotros sabemos que históricamente siempre hemos tenido un 3% de altas por el tipo de pacientes que tenemos que son pacientes crónicos y que siempre se quedan, entonces por un lado nosotros preparamos nuestra respuesta hacia el nivel central que esa meta está lejos de lo que nosotros podemos lograr, pero con la jefatura nosotros analizamos que igual necesitamos saber cuánto podemos dar, veamos internamente qué es real, veamos cómo avanzamos hacia mejorar el indicador. Esto si se genera en conjunto. Depende de donde encontremos el problema, es la solución que podemos dar”.

- ¿Entrega un informe de esos resultados?

- Sí

- No

“Se hace un informe mensual de los indicadores que nos parecen más relevantes, habitualmente son del BSC tanto en el área ambulatoria como en hospitalizados. Se hacen las reuniones de gestión que también se hacen una vez al mes donde Blanca nos propone cuales son los indicadores que deberíamos revisar e indica de donde son y vamos revisando los que nos parecen más relevantes o más importantes de trabajar en conjunto (este es el comité de eficiencia). Luego además nosotros como equipo directivo tenemos informes mensual o cada 2 meses de como van nuestros indicadores para ir a presentarles al servicio, además de lo que ellos nos piden de Iso que estan en rojo, amarillo, de que vamos a hacer”.

- ¿Con cuánta periodicidad lo realiza?

- Mensual

- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual

- N/A
- ¿Se reúnen con sus jefaturas intermedias para analizar esos resultados?
 - Sí
 - No
 - N/A
- ¿Qué hacen? ¿Toman alguna acción correctiva?

“En el caso de indicadores que se encuentran alterados, se trabaja con las jefaturas, se analizan dichos resultados y se evalúan metas que puedan ser reales o alcanzables”.

- ¿Sus jefaturas intermedias tienen alguna calificación por esos resultados?
 - Sí
 - No
 - N/A

“Como hacemos este compromiso y lo firman las jefaturas de CR y nosotros, por supuesto que a fin de año o cuando uno hace la retroalimentación se revisa qué sucedió. No hay implicancia en la calificación, pero podría ser una herramienta que podemos utilizar, no hemos tenido nunca un jefe tan desprolijo o que no haya trabajado por los indicadores. Lo que nos ha pasado es, que si los indicadores están bajos, intervenimos mucho más esa unidad, tenemos reuniones semanales, sumamos a alguien más en el equipo, buscamos la capa que sigue, con las jefaturas. Antes de echar la culpa a fin de año, estamos reforzando durante el año en pro de la mejora”.

“A fin de año se realiza una retroalimentación con las jefaturas, por lo tanto, se pide a cada uno de ellos que entreguen sus justificaciones. En caso de excelencia en el trabajo, no quizás en el trabajo de los indicadores, pero sí en otras gestiones, se realiza la aplicación de anotaciones de mérito para jefaturas o miembros del equipo”.

“Tenemos una cultura de uso eficiente de las camas, se intenta realizar un alta precoz apenas el paciente se encuentre en condiciones de egreso hospitalario; las jefaturas deben estar atentas y justificar los casos de larga estadía hospitalaria”.

“Existe una alta rotación de médicos, por ende, se está instaurando la política de capacitación y cápsulas de educación en lo clínico, junto a las inducciones de todos los estamentos. Desde el año pasado se está trabajando en capacitaciones en coordinación con las distintas subdirecciones”.

“Antes por ejemplo se enviaba a capacitación externa por ejemplo a salud mental, ahora estamos capacitando nosotros al personal con nuestro tipo de pacientes, recursos humanos nos ayuda a certificar estas capacitaciones. Lo hacemos con nuestro equipo interno. Esto queda grabado y dejamos cápsulas para los que vayan ingresando, ya tengan este modelo armado. Esto no solo tiene que ver con indicadores, es más con lo que vemos día a día, con lo que los equipos van preguntando, lo que les parece que esta falencia, que está desordenado, entonces necesitamos capacitar para que cada uno tenga claridad en sus roles por ejemplo en un reanimador. No todo es indicador duro”.

7.5 Entrevista Subdirección Administrativa, D. Esteban Gamonal Aravena

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Esteban Gamonal Aravena
ESTABLECIMIENTO	HLCM
PROFESIÓN	Contador Auditor
CARGO	Subdirección Administrativa
CORREO ELECTRÓNICO	egamonal@calvomackenna.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

- ¿Conoce el BSC?

- Sí
- No

- ¿Cuenta con algún tipo de herramienta de planificación estratégica propia?

- Sí
- No

- ¿Cuál?

“Hay una planificación estratégica institucional donde hay tareas asignadas a cada subdirección y adicionalmente lo que usamos son planes de acción internos con otro tipo de actividades. Entonces tenemos una planificación estratégica en un foco, el balanced en otro foco y otras actividades más locales dentro de la subdirección administrativa, dentro de un plan de acción”.

“Por ejemplo, en algunas áreas son actualizaciones de los manuales de procedimientos, definiciones de nuevos reglamentos, aplicación de nuevas leyes, ese tipo de cosas”

- ¿Tienen un panel de control de gestión?

- Sí
- No

- ¿Cómo fija los indicadores de ese panel?

“Ese panel para nosotros es el plan de acción que va con objetivos estratégicos, va con objetivos definidos, va con los responsables, va con fecha de inicio y fin y va con una monitorización de forma mensual, trimestral o semestral dependiendo de los distintos indicadores y va contrarrestado con los mecanismos de prueba respectivos. Si te hablo por ejemplo de un manual va con su respectiva resolución, si te hablo de disminución del espacio físico para mejorar almacenamiento de bodega va con la respectiva evidencia. Cuando hablamos de la mejora interna de los sistemas va con la pruebas que eso está OK, es un simple excel que te permite mirar las actividades y hacer un seguimiento”.

- ¿Revisan como equipo directivo ese panel de gestión?

- Sí
- No
- N/A

“Yo lo voy siguiendo internamente y adicionalmente lo voy reportando al director”.

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensualmente
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

“El doctor por ley tiene que hacerme la evaluación cada 6 meses, por el tipo de contrato que yo tengo; internamente yo lo trato de hacer de forma trimestral con el equipo que depende de la subdirección administrativa”.

- ¿El panel de gestión incluye indicadores de BSC?

- Sí
- No
- N/A

“Para concentrar esfuerzos sigo lo que viene del balance que es la base, coloco algunos que son requerimientos externos por cambios normativos más lo interno más alguno relacionado con propuestas que necesita la dirección”.

- ¿Entrega Ud. los resultados a sus jefaturas intermedias?

- Siempre o casi siempre
- A veces
- Ocasionalmente

- Nunca o casi nunca

“De la SDA dependen finanzas, logística, alimentación y convenios, esas son las unidades. Como cada uno de ellos tiene su propio plan de acción, lo que hacemos es evaluar el rendimiento de cada plan de acción y el cumplimiento. Finalmente, terminamos con cumple o no cumple, y en función de eso sacamos el rendimiento de cada subunidad.

Por ejemplo alimentación tuvo un cumplimiento del 80%, el 20% que no cumplió lo que hago porque tengo que cerrar el año, lo traspasó como plan de acción de inicio del año siguiente, no es que la tarea la de por concluida, si no que lo traspaso de un año a otro y si hay que hacer ajustes al indicador o a la forma de medición es lo que corresponde”.

- ¿Responsabiliza a sus jefaturas intermedias sobre el resultado?

- Siempre o casi siempre

- A veces
- Ocasionalmente
- Nunca o casi nunca
- N/A

“Con eso vamos viendo los grados de cumplimiento y también nos permite hacer ajustes, porque de repente podemos definir el indicador que en el papel es de fácil cumplimiento y nos damos cuenta que tiene más de una arista que involucra más de una unidad y hay que replantearse, también vamos haciendo esos análisis”.

- ¿Cómo realiza dicha entrega de resultados?

“Dentro de la SDA yo tengo consolidado todos los indicadores y les mando un correo a todo el equipo completo para que también ellos se comparen y después internamente hago reuniones con cada uno de ellos para ver los que están débiles y tratar de entender las causas. Es una publicación masiva y luego con cada uno voy viendo el detalle”

“Tenemos una reunión semanal del equipo de SDA donde vemos los temas macros, y ahí, por ejemplo, menciono que hicimos la evaluación de los indicadores y digo a grandes rasgos: cumplimiento alimentación 80%, finanzas 60%, y como yo después les mando la información, se ve todo el detalle, pero el detalle fino lo veo con cada una de las jefaturas. La información en sí está, pero no es que tenga una reunión para ver porque son muchos indicadores, es un poco más el uno a uno.

Siempre los que están en amarillo, los que estamos bajos, son los que monitorizamos más profundamente”.

- ¿Entrega un informe de esos resultados?

- Sí
- No

“Sólo el excel, esta matriz grande que dice cumple o no cumple, que va en detalle del indicador con su respectiva fórmula de cálculo, pero no va un informe cualitativo, es sólo numérico”.

- ¿Cada qué período lo realiza?
 - Mensual
 - Bimestral
 - Trimestral
 - Semestral
 - Anual
 - N/A

- ¿Se reúnen con sus jefaturas intermedias para analizar esos resultados?
 - Sí
 - No

- ¿Qué hacen?¿Toman alguna acción correctiva?

“Nos juntamos, en la reunión pequeña con el dueño del indicador, vemos cuáles son las causas de las desviaciones o no cumplimiento, tratamos de determinar el origen porque hay algunos que dependen de más de una unidad y empezamos a buscar algún hilo que nos permita destrabar en qué estamos atrapados o simplemente generar nuevas mesas de trabajo; de repente hay algún indicador que se ve cumplible pero en la práctica uno parte con un tema y se puede agrandar y si el tema se agranda se tiene que armar una mesa de trabajo específica para ir abordando el tema y dependiendo de la intensidad y la fecha puede ser una mes de trabajo con reuniones mensuales, quincenales y si el indicador está muy intenso, ya esas son reuniones semanales”

- ¿Sus jefaturas intermedias tienen alguna calificación por esos resultados?
 - Sí
 - No

“Lo que tenemos acá en el sector son las evaluaciones de los informes de precalificaciones, es el instrumento que se aplica para evaluar el rendimiento de cada jefatura. Efectivamente en ese informe, junto con las labores habituales que ellos tienen, también se conversan aquellos indicadores de este plan de acción que podrían ir un poco más abajo, hay retroalimentación en esa calificación”.

“Tengo una funcionaria que ve la ley médica, entonces aplica para ambas leyes, la ley médica que como ustedes saben tiene una evaluación anual, se miden los rendimientos en función de lo planificado”.

“Afortunadamente los resultados pueden estar bajos pero no llegamos al extremo de afectar a la calificación porque se entiende que hay atenuantes para el no cumplimiento del indicador y que eso obedece a algo que escapa que escapa a la función propia del profesional evaluado”.

“Aplicar anotaciones de mérito, estoy un poco al debe, pero efectivamente es un mecanismo de dejar escrito en la hoja de vida algo que resaltar”.

“Anotaciones de demérito, cursé el año pasado, una, por un hecho muy puntual. Aquí se tiene la opción de que el funcionario adjunte nuevos antecedentes donde se puede mitigar o revertir la anotación”.

“Cuando hay un cambio de una jefatura debería haber una especie de capacitación interna para entregar las competencias lo más rápido posible y no perder resultados, en eso técnicamente e institucionalmente no hay una herramienta, finalmente cada jefatura lo que hace es dedicar más tiempo por la jefatura propiamente tal, en función de las competencias que uno mismo tiene, hacer traspaso de competencias”

“La estructura de trabajo en la subdirección administrativa es que todos los miércoles tengo reunión con el equipo directo de la SDA. Todos los martes me junto con el equipo de finanzas (jefe de finanzas y subjefatura), todos los lunes con el equipo de logística, todos los viernes con el equipo convenio y de esa forma trato de ir alineando los objetivos y haciendo las tareas más estratégicas”

7.6 Entrevista Jefe Centro de Responsabilidad Pabellón, D. Jaime Mayorga Maldonado

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Jaime Mayorga Maldonado
ESTABLECIMIENTO	HLCM
PROFESIÓN	Odontologo, Cirujano Maxilofacial
CARGO	Centro de Responsabilidad de Pabellón
CORREO ELECTRÓNICO	jmayorga@calvomackenna.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

- ¿Conoce Ud. la herramienta BSC?
 - Sí
 - No

- ¿Su jefatura le entrega indicadores y metas sobre su gestión?
 - Sí, me entrega indicadores y metas
 - Me entrega sólo indicadores o sólo metas
 - No me entrega indicadores ni metas

- Mencione algunos ejemplos

“Sí, nos explican bien los indicadores y metas que debemos cumplir”.

“Nosotros somos parte de la propuesta de indicadores, qué es lo que nosotros vamos a establecer como objetivos año a año. Obviamente, eso va variando dependiendo de las necesidad y de las circunstancias que se viven durante esos períodos, por ejemplo, lo que hace el pabellón está atravesado por un montón de circunstancias y cosas que pueden pasar durante el periodo anual por ejemplo campaña de invierno que tengan algunas características especiales, la pandemia, el incendio del año pasado, todo esto va cambiando indicadores y eso se va modificando y durante el año se van proponiendo nuevas cosas es bien dinámico el tema del pabellón, ahora eso no quiere decir que no se midan las cosas como se tienen que medir anualmente, semestralmente según lo que está establecido, nosotros somos parte de la propuesta de estrategia”.

- ¿Recibe cada cierto tiempo feedback sobre sus resultados?

- Sí
- No

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

- ¿Qué hace con esa información?

“Nosotros recibimos mensualmente la información”.

“El manejo de esa información en tiempos normales está basado principalmente en el rendimiento de pabellón, la cantidad de cirugías que hacemos, la suspensión y un monto de otras cosas que medimos, se analizan con el equipo de pabellón y con nuestra contraparte, que es el Centro de Responsabilidad (CR) de Cirugía, de manera de darle un énfasis a las cosas que estamos fallando o si no, darle otra mirada si es que estamos bien y mejorar algunas cosas que están en alguna deficiencia. Primero se hace un análisis interno y luego con la contraparte que es nuestro CR de Cirugía”.

- ¿Recibe acompañamiento con equipo directivo para realizar su gestión sobre indicadores y metas?

- Sí
- No

“Cuando corresponde analizar algunas cosas, la relación con el equipo directivo es fluida y casi diaria, pero está enfocada a la resolución de problemas de contingencia, cuando hay que tratarlo lo tratamos, pero no es que tengamos una reunión mensual o semanal para revisar este tipo de cosas.

El acompañamiento tiene que ver con la información oportuna, a nosotros nos mandan esta información mensualmente”.

- ¿Comparte estos resultados con su equipo?

- Sí
- No

“Nuestra forma de trabajo es que yo represento al estamento médico de la jefatura de Pabellón y hay una contraparte que es jerárquicamente igual a mí que es el estamento de la Gestión del

Cuidado, es decir que hay otra jefa, que tiene el mismo rango jerárquico que yo que está a cargo de todo el personal. Entonces entre nosotros, yo preocupado del estamento médico, que básicamente son los anestesiistas, y ella preocupada de la gestión del cuidado que son el resto de la enfermeras y todo el personal de técnico del Pabellón, elaboramos estrategias de manera de ir puliendo nuestras herramientas de gestión para hacer más efectivo o eficiente el pabellón. Y está la contraparte también, que es el CR de Cirugía que también recibe esta información de manera mensual”.

“Sí, se analizan los resultados, porque hay que ser eficientes en Pabellón”.

- ¿Cada cuánto tiempo?
 - Mensual
 - Bimestral
 - Trimestral
 - Semestral
 - Anual
 - N/A

*“No hay una reunión que se haga específicamente por este tema, es un tema que se trata habitualmente pero se trata junto a otros temas. Una unidad como esta, está basada 100% en lo clínico y sobre todo un pabellón de alta complejidad donde se operan a niños muy complejos, por lo tanto nuestro quehacer diario está enfocado prácticamente en esto. Ahora, el análisis que se hace de la eficiencia del pabellón se hace con el equipo directivo y con las jefaturas y eso se transmite hacia abajo en las políticas, por ejemplo, hoy tuve una reunión con uno de los equipos quirúrgicos donde ellos me manifestaron una serie de necesidades para eficientar su número de cirugías, **“necesitamos esto doctor”, “necesitamos que el pabellón haga esto por nosotros”**; está es una forma de analizar resultados”.*

“Prácticas que utilizan la unidad de pabellón que ayuden al control de gestión o detectar la brechas o plan de mejora”.

“No hay reuniones tan específicas como esas, no las tenemos pero cuando se detectan estas brechas de gestión, no hay reuniones específicas de este tipo, los planes de mejora se aplican a personas naturales pero sí se hacen estrategias para una mayor gestión dentro del pabellón. Se conversan, acá hay muchas cabezas que ven diferentes áreas, por ejemplo, debajo mío hay una jefa de Anestesia que yo me relaciono con ella y a través de ella con todo el grupo de médicos anestesiistas del Pabellón, ella participa en las decisiones de cada una de las cosas que tratamos de implementar para mejorar la gestión y esa gestión no solo tiene que ver con el rendimiento o la eficiencia del pabellón si no que en períodos duros como estos, tiene que haber gestión del personal y eso es lo que nos quita buena parte de la energía, la gestión del personal, de su bienestar y de los conflictos que esto puede generar”.

“Es una unidad muy grande, son casi 80 personas, donde cada uno hace su parte y nosotros intentamos liderar las decisiones, pero muchos opinan en estas cosas y esas reuniones se tienen frecuentes, 2-3 veces por semana o casi todos los días nos reunimos para tomar decisiones”.

“Hay una reunión que es semanal y es formal, que se tiene con las cabezas de estos estamentos junto con el equipo directivo y se llama reunión de eficiencia de pabellón, y ahí están representados los estamentos más importantes del pabellón y los estamentos más importantes del grupo de cirugía que es nuestra contraparte; nosotros somos la casa y quien habita la casa

son los cirujanos, entonces nosotros habilitamos lo mejor posible la casa para que ellos la ocupen lo más cómodamente posible y entre los 2 tratamos que se operen la mayor cantidad de niños durante ese período, esa es la forma en la que trabajamos”.

“Las otras reuniones del equipo de pabellón son generalmente sin planificación, a no ser que sea algún tema muy importante que tratar, ahí cito a una reunión con los involucrados a tratar temas particulares, pero las estrategias se elaboran entre todos, más que nada en conversaciones informales en el quehacer diario. Son unidades más clínicas y operativas, si nos pasamos todo el día en reuniones pabellón no funcionaría, ahí el negocio es operar”.

“Sugerencia de mejora: Llevo de jefe de pabellón hace 4 años, me tocó agarrar pandemia, post pandemia y el incendio y post incendio (14.38). Si tuviera que hacer un resumen actualmente es un mal periodo, porque se nos quemó la casa, pero post pandemia se logró tener una eficiencia de pabellón bastante más alta del promedio nacional, no se puede definir como un pabellón de gestión modelo, pero un pabellón que está cercano a un 80% de eficiencia, es un pabellón que funciona muy bien. Ahora esto tiene muchos costos y sobre todo costos de recursos humanos con todo lo que eso pueda traer consigo. Lo que estamos viendo ahora es que este pabellón está disgregado en varios centros incluso, nuestra gente está operando en el Calvo Mackenna, en la Clínica Red Salud Vitacura, en Clínica Las Condes y en Hospital del Salvador, y eso involucra una logística y un esfuerzo enorme. Si me preguntan a mí, obviamente estamos operando menos, obviamente esto está muy desgastado desde el punto de vista humano, pero así y todo se logra hacer el trabajo de operar a los niños que se deben operar. Los números después del incendio podrán ser mucho más bajos pero finalmente el trabajo de mantener las listas de espera a rayas y de cumplir con los mandatos anuales, por ejemplo hacer una correcta campaña de invierno yo creo que se cumplen”.

7.7 Entrevista Jefa Unidad de Control de Gestión, Dra. Carol Peña Mella

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Carol Peña Mella
ESTABLECIMIENTO	HLCM
PROFESIÓN	
CARGO	Jefa Unidad de Control de Gestión
CORREO ELECTRÓNICO	cpena@calvomackenna.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

- ¿Conoce el BSC?
 - Sí
 - No

- ¿Cuenta con algún tipo de herramienta de planificación estratégica propia?
 - Sí
 - No

- ¿Cuál?

“La planificación estratégica, 21-24 (años 2021-2024) fue creada prácticamente por nosotros, no tuvimos prácticamente apoyo, que en otros años sí lo han hecho empresas externas y esto tiene una evaluación que también hacemos nosotros de forma cuatrimestral, y se hace sobre los mix de indicadores, y son pocos los que se repiten entre autogestión y planificación estratégica. Hay algunos, sobre todo los más financieros pero no son exactamente igual, ahí depende un poco de lo que se quiso intervenir de la planificación estratégica. Los que sí son iguales son los COMGES (Compromisos de Gestión en Salud); Desde hace 3-4 años el MINSAL intenciona que fueran los mismos, quizás medidos con distintas métricas, pero cada vez están conversando más entre ellos, el MINSAL es el que actúa como referente técnico en los indicadores”.

Prácticas que ayudan a detectar brechas y oportunidades de mejoras.

“A nosotros el MINSAL nos dijo, ustedes tienen 100% de accesibilidad a este sistema y pueden agregar todas las personas de su hospital que quieran ver este sistema de monitoreo, pero a la

vez nos dimos cuenta que no muchos lo miraban. Actuamos entonces con un excel que tiene que ir al equipo directivo y este equipo directivo va bajando esta información, entonces se va teniendo una conversación de los indicadores que están en amarillo-rojo, porque verlos todos era mucho tiempo entonces nos íbamos enfocando en algunos, mensualmente en los que están amarillo-rojo”.

“Entonces en ese sentido hay que estar mensualmente diciendo, este es nuestro resultado en esto, es algo que nosotros intencionamos”.

“En el hospital hay indicadores EAR que ya son conocidos, hay como una cultura de autogestión, en general uno va intencionando, llevamos 13 años en este tema y ya podemos ver resultados”.

- ¿Tienen un panel de control de gestión?

Sí

No

“SIS-Q es una parte del control de gestión, no es el 100%, por lo tanto nosotros tenemos nuestros instrumentos, también tenemos un tablero mensual que se le envía a las jefaturas. Los EAR son una parte, no el 100%. Por ejemplo, en hospitalización, si mal no recuerdo, este año tenemos algún indicador GRD peor no está mirando, tenemos que mirar el índice ocupacional de cada servicio, cuántas camas tenemos, los días de estada, etc. esas son distintas áreas del área de hospitalización que te da el SIS-Q que a veces te da muy poquito en estos procesos. Para ambulatorio está un poco más intencionado el SIS-Q y en el área pabellón y urgencias, está más intencionado pero también es en una parte del proceso más amplio”.

- ¿Cómo fija los indicadores de ese panel?

“El SIS-Q es el sistema madre que te va alertando de todo, te muestra, pero también lo puedes modificar mucho más allá. Usamos SIS-Q y excel en las reuniones. El SIS-Q es el que te integra, no tenemos otro sistema distinto en autogestión. Además el MINSAL y el Servicio de Salud miran el SIS-Q”.

“Con el incendio nos dimos cuenta de su importancia, nos preguntaron que indicadores iban a estar con problemas, vimos de inmediato cuales indicadores iban a estar en amarillo y rojo pero logramos que no fuera un salto tan bajo (por ejemplo en lista quirúrgica).

El mix de indicadores del SIS-Q, afecta hartito, a veces el MINSAL intenciona este mix de indicadores anual más financiero o más clínico o más de urgencia, etc... yo creo que en general desde antes del 2022, teníamos muy buen cumplimiento sobre el 90: el mix de indicadores del año pasado fue muy exigente con indicadores complejos, cumplimos 81%, muy pocos hospitales nivel nacional cumplieron”.

“El año pasado fue el indicador VEOS, valorizar los días de estada de pacientes complejos, si te pasabas eso se llevaba a plata. Nos fue bien el año pasado en este indicador pero si preguntas cual es el alcance”.

- ¿Revisan como equipo directivo ese panel de gestión?

Sí

No

N/A

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensualmente

- Bimestral
 - Trimestral
 - Semestral
 - Anual
 - N/A

“Nosotros enviamos la información por la cantidad de indicadores que hay nos enfocamos en los que están en amarillo o en rojo. Cuando tenemos indicadores que se están cayendo, tenemos que presentar después del cierre del MINSAL información que nosotros mismos cargamos, tenemos derecho a apelar, si tenemos suficientes argumentos para señalar que por ejemplo este indicador puede haber tenido una falla en la métrica, (que ha pasado por fallas en el MINSAL) o también hay apelaciones más bien conceptuales, una meta que ya históricamente esta muy bien cumplida es muy difícil de cumplirla mucho más, esto implica el proceso de apelación. Luego de esta apelación viene el informe final, no sabemos aun el del año 2023 pero probablemente estamos dentro de los 10 mejores hospitales a nivel nacional”.

“Como resumen el mecanismo de control de los EAR es el SIS-Q y todos los funcionarios tanto directivos como centros de responsabilidad tenemos accesos a ellos y las otras unidades de apoyo por ejemplo estadísticas. La dimensión que ustedes van a ver va a ser con referentes clínicos”.

“Efectivamente se prepara un tablero mensual de control que resume indicadores no solo los del EAR si no que indicadores que sean atingentes a las unidades clínicas, hay indicadores de calidad, hay indicadores de IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud)”.

“Entonces la tarea desde las direcciones a los servicios es, además de obviamente basarse en el BSC, tomar una postura más bien holística respecto al manejo de los indicadores, más aún cuando alguno coincide, por ejemplo se ha hecho coincidir COMGES con indicadores de autogestión, cosa que antes no pasaba, entonces tenías que monitorizar 100 indicadores. No sería atingente la creación de un sistema ya que existe uno, la digitalización de la información es sumamente importante, pero la creación de un nuevo sistema implica un consumo de hora/hombre y técnicamente sería ineficiente, ya que tenemos un sistema que nos propone el gobierno y que todos tenemos acceso a él, tanto los referentes como los que dirigimos el proceso. Adicional a eso se envía la información de forma muy periódica”.

“A finales del año pasado (2023) nos dimos cuenta que se nos caen los indicadores por el incendio. Se puede hacer un ejercicio proyectivo con los indicadores que están muy maltratados para ver hasta dónde puedes llegar y eso sería ya de un manejo directivo local, es decir, yo no le puedo pedir al jefe de pabellón que me mejore la mediana, yo tengo que ofrecer como directivo instancias para poder recuperar lo que más pueda del indicador y hacer una proyección, y en eso trabajamos mucho, proyectar qué es lo que podemos mejorar, y cuánto y qué medidas tenemos que hacer para lograrlo, por ejemplo abrir pabellones los fines de semana, conseguir pabellones, habilitar pabellones dentro del hospital, hacer que la SEREMI los apruebe, etc”.

“Si nosotros tuviéramos un problema que fuera agrandándose con el paso del tiempo, yo no me vuelvo a reunir con Control de Gestión, porque Control de Gestión ya me dijo que tenía tal problema con tal indicador, vaya revisando sus indicadores ya sea en el SIS-Q o en el reporte

enviado al correo. A mí, de gestión clínica me corresponde tomar medidas para que nos recuperemos y para que en el próximo corte que haga control de gestión vea alguna mejora, estos cortes se hacen temporalmente dependiendo de lo que se necesite. Control de Gestión alerta apenas vea un indicador en riesgo, si hay indicadores en verde no los vamos a analizar”.

- ¿El panel de gestión incluye indicadores de BSC?
 - Sí
 - No
 - N/A

- ¿Entrega Ud. los resultados a sus jefaturas intermedias?
 - Siempre o casi siempre
 - A veces
 - Ocasionalmente
 - Nunca o casi nunca

“El MINSAL obliga mensualmente a estar informando cada indicador y se informa todo lo que esta en rojo y amarillo al equipo directivo. Esto se hace mediante un correo electrónico que es lo más rápido y mediante una reunión, en general se enfoca en el equipo específico”.

- ¿Responsabiliza a sus jefaturas intermedias sobre el resultado?
 - Siempre o casi siempre
 - A veces
 - Ocasionalmente
 - Nunca o casi nunca
 - N/A

- ¿Cómo realiza dicha entrega de resultados?

“Correos electrónicos mensuales a las jefaturas intermedias, además de reuniones periódicas con los encargados de CR y jefaturas intermedias”.

- ¿Entrega un informe de esos resultados?
 - Sí
 - No

- ¿Con cuánta periodicidad lo realiza?
 - Mensual
 - Bimestral
 - Trimestral
 - Semestral

- Anual
- N/A

“Nosotros mensualmente enviamos un informe al jefe de CR e intermedios, jefaturas de enfermería y además, va con copia al equipo directivo”.

- ¿Se reúnen con sus jefaturas intermedias para analizar esos resultados?

- Sí
- No
- N/A

- ¿Qué hacen?¿Toman alguna acción correctiva?

“En el caso de indicadores que se encuentren alterados se trabaja con las jefaturas, se analizan dichos resultados y se evalúan metas que pueden ser reales o alcanzables”.

- ¿Sus jefaturas intermedias tienen alguna calificación por esos resultados?

- Sí
- No
- N/A

“Como para resumir, para que entiendan cómo funciona tanto control de gestión como la gestión de las direcciones:

Control de Gestión tiene la misión de ir revisando y alertando mensualmente los resultados de los indicadores de EAR entre otros; aterriza a los servicios clínicos los resultados de indicadores de EAR entre otros. Cuando tenemos algún riesgo en el EAR o cuando pesquizamos que para allá vamos se toman medidas. Hay que entender que los CR pueden tomar medidas locales, pero cuando estas medidas locales requieren recursos económicos, humanos, etc, no puede no estar presente parte del equipo directivo. Por ejemplo, no se le puede pedir al CR de Cirugía que haga aumento de consultas sin yo proveer los materiales para que lo logren hacer. Los CR son unidades que son autónomas en cuanto a la gestión del trabajo, pero si se ven frente a una contingencia como lo que nos pasó durante el incendio, ellos no pueden actuar solos y lograr abarcar una tremenda cantidad de cosas, sí hay cosas en que ellos sí deben actuar, por ejemplo, exactitud en registros, tienen que ser corroboradas y revisadas, pero todas las acciones correctivas se tienen que hacer con el equipo directivo, de hecho el equipo directivo tiene que comandarlas y los CR tienen que ejecutarlas”.

7.8 Entrevista Jefes CR Urgencia, Dr. Pedro de la Barra Hernández y EU Pamela Cifuentes Cerda

ENTREVISTA

ENTREVISTADO	Pedro de la Barra Hernández / Pamela Cifuentes Cerda
ESTABLECIMIENTO	Hospital Luis Calvo Mackenna
PROFESIÓN	Médico / Enfermera
CARGO	Jefes CR Urgencias
CORREO ELECTRÓNICO	pdelabarra@calvomackenna.cl pcifuentes@calvomackenna.cl

A continuación, se presentan algunas preguntas que como grupo de investigación nos interesaría conocer respecto a su opinión y sobre la gestión hospitalaria en su establecimiento. Para ello, existen preguntas con alternativas a responder (sí, no; mensual, trimestral; etc.) y otras preguntas para desarrollo de texto libre.

PREGUNTAS

- ¿Conoce Ud. la herramienta BSC?
 - Sí
 - No
- ¿Su jefatura le entrega indicadores y metas sobre su gestión?
 - Sí, me entrega indicadores y metas
 - Me entrega sólo indicadores o sólo metas
 - No me entrega indicadores ni metas
- Mencione algunos ejemplos

Tienen jefaturas distintas, SD. Médica y SD. Gestión del Cuidado. Sin embargo, la bajada de estos indicadores y metas, por norma general se realiza desde la Dirección. Como acotación ambos han asumido sus cargos hace poco tiempo.

“Algunos ejemplos para mencionar son, indicadores sobre categorización TRIAGE, (Paciente C2 debe ser atendido antes de 30 minutos), por el lado médico, este es un indicador que se mide. Indicadores que se mide por calidad (entrega de epicrisis, pagos). Por ejemplo, de salida). Cuando los médicos tienen que indicar deben tener cosas puntuales como: Nombre, dos apellidos, indicaciones médicas y el diagnóstico). Son ejemplos puntuales que combinan gestión y calidad”.

- ¿Recibe cada cierto tiempo feedback sobre sus resultados?

- Sí
- No

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

- ¿Qué hace con esa información?

“Primero, evaluamos con el doctor si hemos cumplido o no con las metas establecidas. Por ejemplo, una de las metas es la atención de pacientes en menos de 30 minutos, con un objetivo de cumplimiento del 95%. En los meses anteriores hemos obtenido un 96% - 97% de cumplimiento. Vamos analizando qué acciones tomar. Durante la campaña de invierno, nuestro punto más crítico, nos esforzamos por cumplir con esta meta, y en general, hemos logrado mantener buenos resultados en los últimos años”.

“Se han implementado estrategias de gestión como por ejemplo, modificación en el registro informático, hemos notado que el registro de los pacientes C2 puede mostrar un atraso en la atención debido a que el tiempo se contabiliza hasta que se cierra la atención en el sistema (DAU). Esto puede ocurrir cuando se piden exámenes, se hospitaliza al paciente, o se inicia un tratamiento, lo que puede hacer parecer que el paciente no ha sido atendido a tiempo”.

“Para corregir esto, hemos implementado una medida donde el reloj del sistema se detiene al iniciar la atención del paciente, no al cerrarla. Además, tenemos un flujo de trabajo interno donde los pacientes C2 son trasladados directamente al pasillo frente a los box, evitando la sala de espera y asegurando que sean atendidos más rápidamente”.

“Hemos realizado ajustes para que el registro refleje adecuadamente el tiempo de atención, ya que anteriormente parecía que había un atraso debido al tiempo necesario para documentar la atención. Estos cambios han mejorado la precisión de nuestros registros y nos han permitido cumplir mejor con nuestros indicadores”.

- ¿Recibe acompañamiento con equipo directivo para realizar su gestión sobre indicadores y metas?

- Sí
- No

- ¿Comparte estos resultados con su equipo?

- Sí
- No

- ¿Cada cuánto tiempo?

- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- N/A

“En relación con la consulta sobre cómo se maneja la bajada de información de los resultados obtenidos, estos se comparten con el equipo directo para trabajar en la mejora de indicadores necesarios. En particular, la información sobre calidad, principalmente en enfermería, se comunica en reuniones o cuando es necesario mejorar un punto específico”.

Doctor: “aunque hay situaciones circunstanciales como la campaña de invierno que pueden afectar la atención, generalmente se cumple con el objetivo de atender a los pacientes prioritarios (C2). A pesar de los límites en urgencias y protocolos, se busca mejorar también la atención a otras categorizaciones (C3 y otros), actualizando protocolos y viendo otras estrategias”.

“Aquí tienes una versión más sintetizada y organizada de la información proporcionada:

Actualmente, no existe un plan de inducción específico que aborde detalladamente los indicadores de gestión y calidad en el área de urgencias. Sin embargo, sí se realiza una inducción general para todos los funcionarios del hospital. Por ejemplo, durante la campaña de invierno, se capacitó al 80% del personal, mostrándoles el plan general del hospital y posteriormente, cada unidad presentó su capacitación interna.

Específicamente en nuestra unidad, tenemos un modelo de orientación tanto para TENS como para enfermeros, aunque uno de los mayores desafíos es el ausentismo, especialmente entre los TENS. Manejo un equipo de 40 formales más un grupo de apoyo part-time, quienes son menos disponibles con el tiempo.

En cuanto a los indicadores médicos, como el de atender a los pacientes C2 antes de 30 minutos, no hay una inducción específica para cada indicador. No obstante, el sistema computacional del hospital utiliza alertas visuales (banderas rojas) que indican cuándo no se cumplen los tiempos establecidos, activando así la necesidad de evaluar a los pacientes de manera prioritaria.

Los pacientes C2 generalmente son atendidos por médicos con más experiencia, mientras que los médicos nuevos tratan casos menos complejos hasta adquirir suficiente práctica. Esta experiencia acumulada facilita que los médicos más experimentados manejen los indicadores sin necesidad de una inducción específica.

Considero que mejorar la inducción con indicadores de calidad específicos para la urgencia podría ser beneficioso, aunque actualmente no se ha implementado de esa manera”.

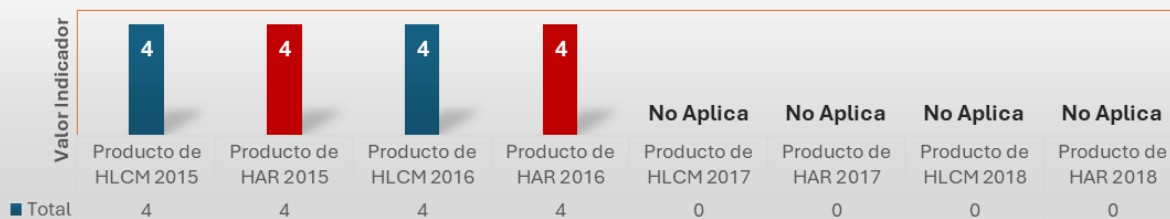
Anexo N°8: Ficha Técnica de Indicadores del Balanced Scorecard - Gráficos de Barra de resultados de Establecimientos - Tacómetros de Resultados de Indicadores por Establecimiento

8.1.- Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2)	Responsable: Encargado Servicio de Urgencia
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes clasificados al ingreso de la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), que acceden a la consulta médica, en función de los síntomas y signos referidos por el paciente o acompañante, con el objeto de priorizar la atención médica y cuidados de enfermería, acorde con los recursos materiales y humanos dispuestos por el establecimiento. Las acciones de categorización deben efectuarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por un selector de demanda (personal clínico). 2. A todos los consultantes (niños y adultos). No incorpora consulta obstétrica. 3. Antes de efectuarse la atención médica. 4. En cinco niveles de clasificación, de C1 a C5. 5. De manera ininterrumpida, las 24 horas del día, los siete días de la semana. <p>La clasificación de pacientes previa a la atención en la UEH, debiera ser la puerta de entrada a una atención oportuna. Por tanto, debe aplicarse en forma rápida, con el propósito de obtener un valor predictivo de la complejidad del cuadro clínico.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son adecuados
<p>Fórmula: $(\text{Número de pacientes categorizados al ingreso a la UEH en el periodo} / \text{Total de consultas médicas de urgencia en la UEH en el periodo}) \times 100$</p>		
Fuente de datos: REM A08		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: $\geq 90\%$ del total de consultas médicas de la UEH.	
<p>Razonamiento meta: La categorización de la atención en las UEH, ha permitido entregar atención en forma prioritaria a los pacientes que más lo necesitan, de acuerdo a la clasificación de su nivel de gravedad. Sumado a lo anterior, esta categorización ha dado cuenta del perfil de los consultantes.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar en categorización a la totalidad del personal clínico de urgencia. 2. Cuando un hospital no tenga un selector de demanda exclusivo las 24 horas del día, asegurar que la categorización se siga realizando con personal de turno. 	

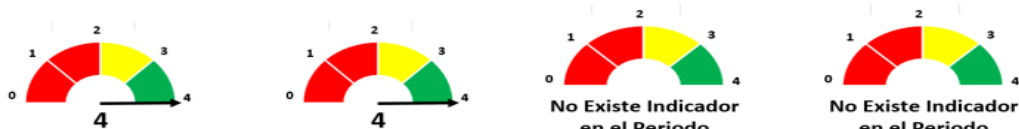
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 83,3\%$
2	$83,3\% \leq X < 86,6\%$
3	$86,6\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Categorización de la Demanda en UEH



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



2015

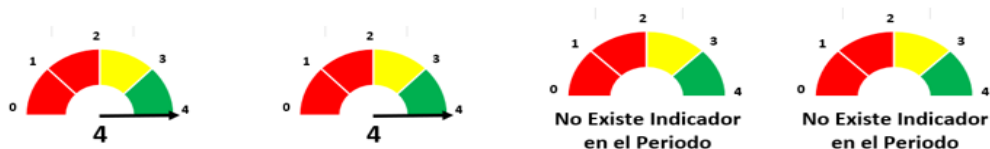
2016

2017

2018

Indicador: **Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria**

Hospital Augusto Riffart



2015

2016

2017

2018

Indicador: **Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria**

8.2.- Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UEH (B.2_1.3)

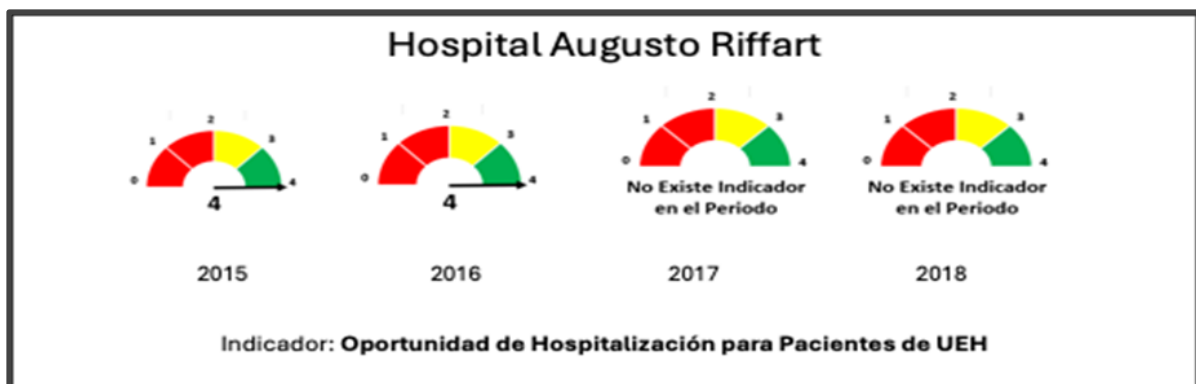
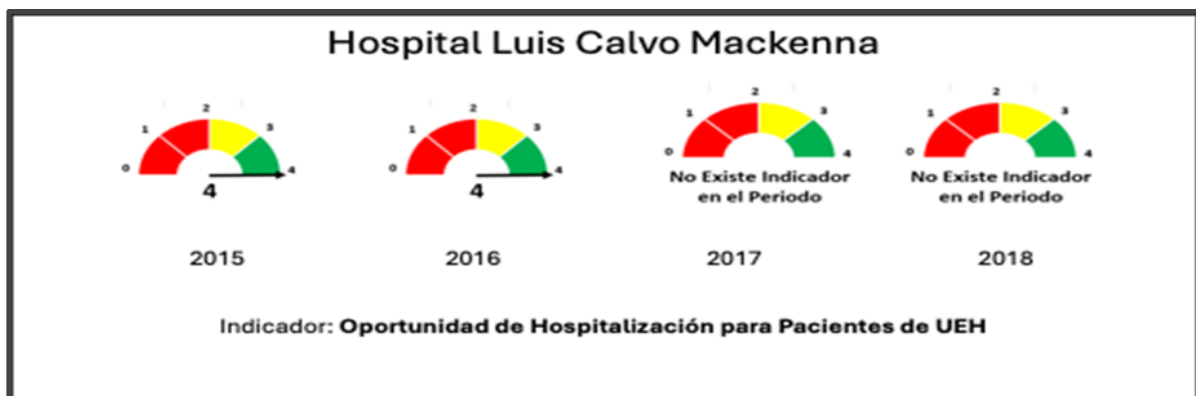
Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años (B.2_1.1)	Responsable: Encargado Área Quirúrgica
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide la relación de la cirugía mayor ambulatoria, sobre el total de cirugías realizadas en el establecimiento.</p> <p>La Cirugía Mayor Ambulatoria, se denomina a todo acto quirúrgico mayor, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación, vuelve a su domicilio.</p> <p>En relación al concepto de pernoctar, se considerarán también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menor o igual a 12 horas y que esta se realice en sala de recuperación y no en cama hospitalaria.</p> <p>Se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia. Sólo se incluyen los pacientes mayores de 15 años (ver anexo 08).</p> <p>No aplica para Establecimientos con atención exclusiva pediátrica.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: (Número de CMA en pacientes mayores de 15 años en el periodo/ Total de cirugías mayores electivas en pacientes mayores de 15 años en el periodo) x 100</p>		
Fuente de datos: Sistema informático GRD		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: 10 puntos porcentuales sobre la línea base o $\geq 25\%$	
<p>Razonamiento meta: La atención ambulatoria es una de las principales estrategias de la transformación hospitalaria. En la actualidad, los avances en la tecnología y el conocimiento médico, permiten resolver en forma más simple, problemas de salud que antes requerían una gran infraestructura y apoyo logístico, lo que se traducía en prolongadas estadías hospitalarias de los usuarios y mayor gasto para el establecimiento.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar levantamiento de cuales cirugías ofrecidas por el establecimiento, pueden transitar hacia CMA. 2. Establecer brechas tecnológicas y de conocimiento de CMA. 3. Elaborar e implementar protocolos de CMA. 	

Puntuación	Aumento por sobre línea base	Porcentaje meta
0	$X < 2,5\%$	$X < 22,0 \%$
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$22,0\% \leq X < 23,0\%$
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$23,0\% \leq X < 24,0\%$
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$24,0\% \leq X < 25,0\%$
4	$X \geq 10,0\%$	$X \geq 25,0\%$

Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UEH



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM) Hospital Augusto Riffart - (HAR)



8.3.- Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en Pacientes Mayores de 15 años (B.2_1.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años (B.2_1.1)	Responsable: Encargado Área Quirúrgica
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Se entenderá por cirugía mayor ambulatoria (CMA), a todo acto quirúrgico mayor electivo, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación, vuelve a su domicilio.</p> <p>Se considerará también CMA, aquellos casos en que el paciente pernocte en el establecimiento, siempre que su estadía sea menor o igual a 12 horas y que ésta se realice en sala de recuperación y no en cama hospitalaria.</p> <p>Se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia. Sólo se incluyen los pacientes mayores de 15 años (ver anexo 4).</p> <p>No aplica para Establecimientos con atención exclusiva pediátrica.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: Número de CMA en pacientes mayores de 15 años en el mes / Número total de cirugías mayores electivas en pacientes mayores de 15 años en el mes x 100		
Fuente de datos: REM BS17 sección F1 y F2 (Numerador: Suma de las Columnas F fila 98 a 99 y E fila 106. Denominador: Suma de las Columnas F fila 96 a 99 y E fila 105 a 106)		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: 10% sobre la línea base ó $\geq 25\%$	
<p>Razonamiento meta: La atención ambulatoria es una de las principales estrategias de la transformación hospitalaria. En la actualidad, los avances en la tecnología y el conocimiento médico, permiten resolver en forma más simple, problemas de salud que antes requerían una gran infraestructura y apoyo logístico, lo que se traducía en prolongadas estadías hospitalarias de los usuarios y mayor gasto para el establecimiento.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar levantamiento de cuales cirugías ofrecidas por el establecimiento, pueden transitar hacia CMA. 2. Establecer brechas tecnológicas y de conocimiento de CMA. 3. Elaborar e implementar protocolos de CMA. 4. Liderar desde la dirección del establecimiento, el proceso de cambio. 	

Puntuación	Aumento sobre línea base	Porcentaje meta
0	$X < 2,5\%$	$X < 22,0\%$
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$22,0\% \leq X < 23,0\%$
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$23,0\% \leq X < 24,0\%$
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$24,0\% \leq X < 25,0\%$
4	$X \geq 10,0\%$	$X \geq 25,0\%$

Porcentaje de Cirugías Mayor Ambulatoria en pacientes Mayores de 15 años



Hospital Luis Calvo Mackena - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Cirugías Ambulatorias en Pacientes Mayores de 15 Años**

Hospital Augusto Riffart



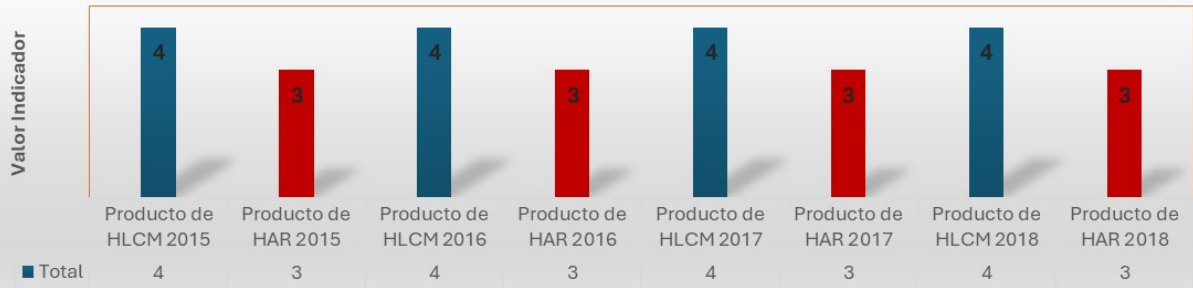
Indicador: **Porcentaje de Cirugías Ambulatorias en Pacientes Mayores de 15 Años**

8.4.- Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno (B.2_2.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno (B.2_2.1)	Responsable: Encargado de Farmacia
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	
<p>Descripción: El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado.</p> <p>Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día en que el usuario solicita la entrega.</p> <p>Se podrán excluir de la medición, aquellos medicamentos que durante el año presenten quiebres de stock a nivel nacional. Lo anterior, debe ser respaldado por ordinario de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o del Instituto de Salud Pública. Dicha medida, no considera las rupturas de CENABAST.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria por mes calendario / Número total de recetas despachadas en el área ambulatoria por mes calendario x 100		
Fuente de datos: REM BS17 sección J (Numerador: Columna G fila 153. Denominador: Columna C fila 153)		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 99,5\%$	
Razonamiento meta: La demora en el inicio del tratamiento puede incrementar la morbilidad y la mortalidad. Diferir la entrega de medicamentos, implica la realización de nuevos trámites para el usuario y una nueva asistencia al centro hospitalario.		
Iniciativas:	1. Sistema de registro de la demanda del área ambulatoria.	
	2. Gestionar la entrega total y oportuna de todos los proveedores.	
	3. Definición de stock crítico de medicamentos y sistema de reposición de stock.	

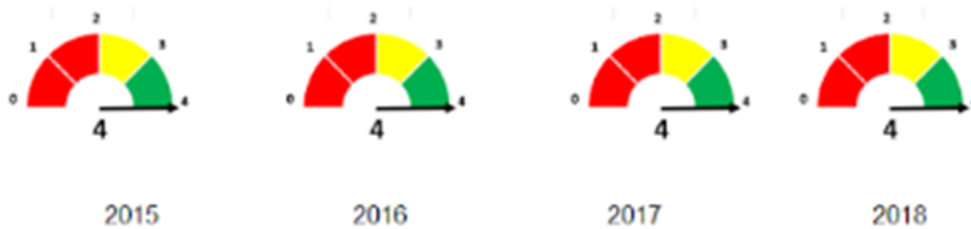
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 86,5\%$
2	$86,5\% \leq X < 93,0\%$
3	$93,0\% \leq X < 99,5\%$
4	$X \geq 99,5\%$

Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno



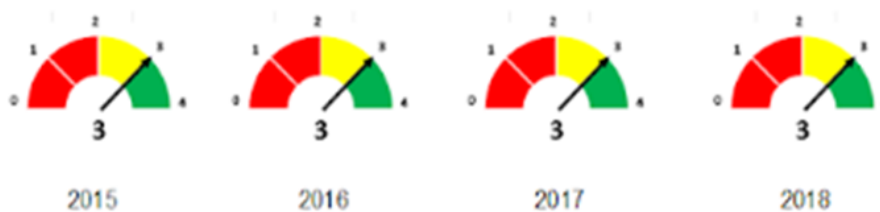
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Despacho de receta Total y Oportuna**

Hospital Augusto Riffart



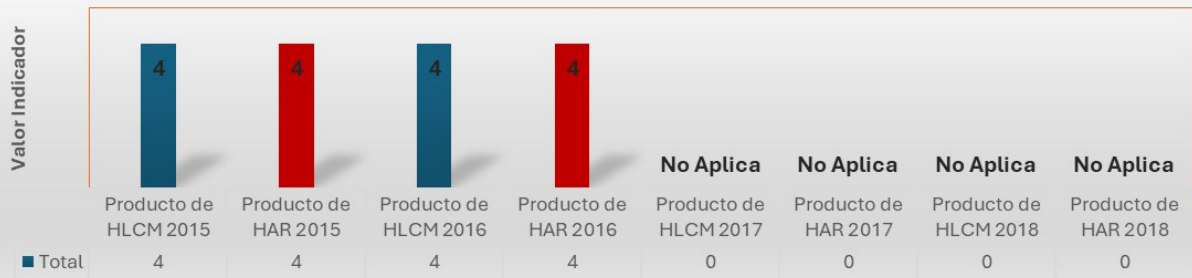
Indicador: **Porcentaje de Despacho de receta Total y Oportuna**

8.5.- Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de las camas básicas que se encuentran ocupadas por pacientes categorizados D2 y D3. Dicha categoría, debe determinarse mediante la aplicación de la pauta de categorización de pacientes hospitalizados vigente (CUDYR).</p> <p>Este indicador no considera las camas de obstetricia (puerperio y alto riesgo), psiquiatría y pensionado. Para efectos de la aplicación de la fórmula, se deben excluir estos servicios del numerador y denominador.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son malos
Fórmula: N° de días cama ocupados en pacientes con nivel de riesgo dependencia D2-D3 en el mes / N° total de días cama ocupados por pacientes categorizados según nivel de riesgo dependencia en el mes x 100		
Fuente de datos: Sistema REM 20		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente	
Razonamiento meta: Se orienta a disminuir los días camas ocupados con pacientes de niveles de riesgo-dependencia D2-D3, en el entendido que este grupo de pacientes no requieren la infraestructura hospitalaria para su manejo. Con esto se espera liberar camas para aquellos pacientes que si la requieren.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de pacientes hospitalizados. 2. Mejorar la coordinación con otros hospitales de menor complejidad de la red asistencial, a través del gestor de red. 3. Cumplimiento de protocolos médicos de alta de pacientes. 	

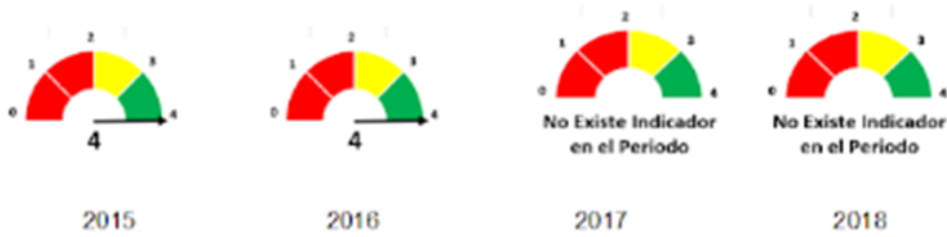
Puntuación	% de cumplimiento (COMGES)
0	$X < 90,0 \%$
1	$90,0\% \leq X < 93,3\%$
2	$93,3 \% \leq X < 96,6 \%$
3	$96,6 \% \leq X < 100,0 \%$
4	$X = 100,0 \%$

Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Días Camas Ocupados por Pacientes con Nivel de Riesgo dependencia D2 D3

Hospital Augusto Riffart



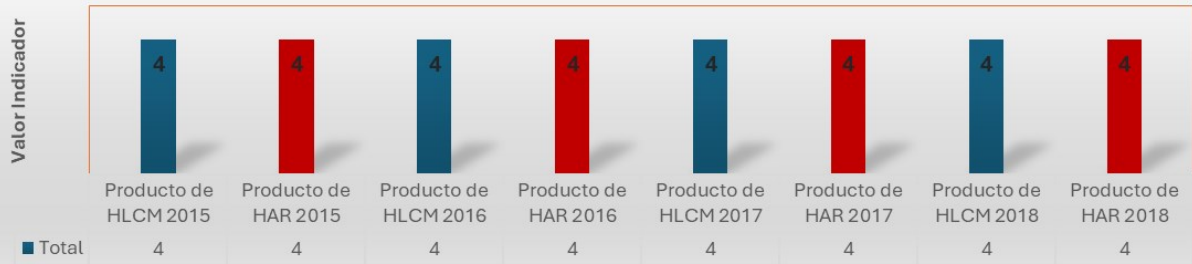
Indicador: Porcentaje de Días Camas Ocupados por Pacientes con Nivel de Riesgo dependencia D2 D3

8.6.- Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos (B.2_2.4)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos (B.2_2.4)	Responsable: Encargado de Equipos Médicos
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos y de las unidades de apoyo, según lo definido por la acreditación de calidad, detallada en anexo 11.</p> <p>Como requisito adicional se deberá adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilla de Catastro actualizado de todos los equipos médicos. • Seguimiento de vida útil de todos los equipos médicos. • Planilla de gasto asociado al mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos. <p>Según los formatos señalados en anexo 11.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $(\text{Número de mantenencias realizadas en el establecimiento en el periodo} / \text{Total de mantenencias programadas en el plan anual de mantención preventiva del establecimiento en el periodo}) \times 100$</p>		
<p>Fuente de datos: Resolución del plan anual de mantención preventiva, planilla de seguimiento de programación y ejecución del plan y gasto asociado, Informes técnicos de mantención preventiva, Resolución anual del Catastro de equipos médicos, Planilla seguimiento vida útil.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100% de cumplimiento en ejecución de mantención equipos críticos; ≥ 85% de cumplimiento en ejecución de mantención equipos de apoyo.	
<p>Razonamiento meta: Ejecutar el plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos, apunta a conservarlos y a asegurar los servicios asociados a su uso en condiciones de cumplir con la función para la cual fueron adquiridos, en el orden de mantener su optima capacidad y calidad especificada.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programar y ejecutar presupuesto mantenimiento preventivo equipos médicos. 2. Utilizar un sistema de información de apoyo a la gestión de equipos médicos. 3. Medir indicadores de gestión y gasto de mantenimiento de equipos médicos. 	

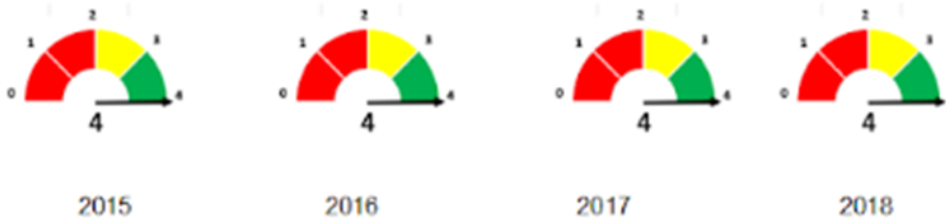
Puntuación	% de cumplimiento Equipos Críticos	% de cumplimiento Equipos Unidades de Apoyo
0	$X < 90,0\%$	$X < 70,0\%$
1	$90,0\% \leq X < 93,3\%$	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
2	$93,3\% \leq X < 96,6\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
3	$96,6\% \leq X < 100,0\%$	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
4	$X = 100,0\%$	$X \geq 85,0\%$

Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos



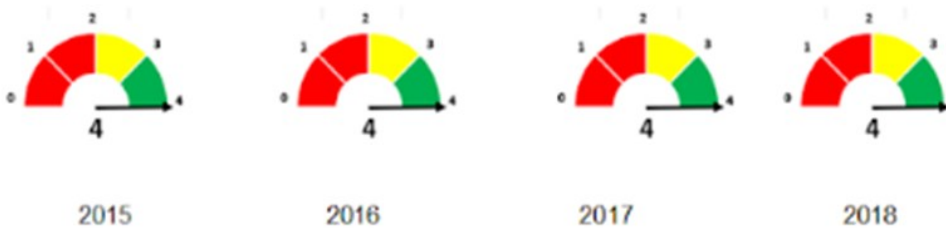
**Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)**

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos

8.7.- Porcentaje de Implementación Dosis Diaria (B.2_2.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Implementación Dosis Diaria (B.2_2.2)	Responsable: Encargado de Farmacia
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	
<p>Descripción: Este indicador mide cuantas de las camas que están operativas en el establecimiento, tienen incorporado un sistema de entrega de medicamentos en dosis diaria (ver anexo 5).</p> <p>La medición expresará en porcentaje la capacidad instalada de despachar medicamentos en "X números" de cama, en forma diaria y por paciente.</p> <p>Se incluyen todas las camas en la institución.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: Número de camas con dosis diaria en el mes / Número total de camas disponibles en el establecimiento en el mes x 100</p>		
<p>Fuente de datos: Informe de Farmacia del EAR y Sistema REM 20</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 90\%$ de las camas operativas	
<p>Razonamiento meta: Permite racionalizar la dispensación de medicamentos y la terapéutica farmacológica, disminuir los errores de medicación, procurar la correcta administración de los medicamentos al paciente y lograr la optimización de los recursos asignados.</p>		
Iniciativas:	1. Sistema de control en farmacia de dispensación dosis diaria.	
	2. Asegurar la continuidad del proceso de dosis diaria hasta el usuario final.	

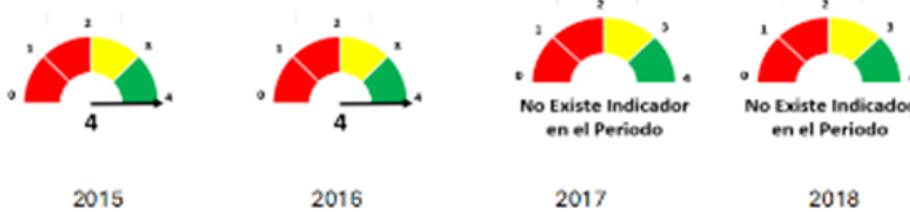
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 83,3\%$
2	$83,3\% \leq X < 86,6\%$
3	$86,6\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Porcentaje de Implementación Dosis Diaria



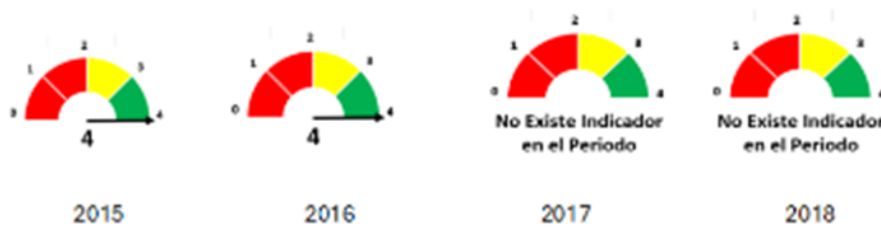
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Implementación Dosis Diaria**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de Implementación Dosis Diaria**

8.8.- Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas (B.2_3.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas (B.2_3.1)	Responsable: Encargado Pabellón Quirúrgico
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de las intervenciones quirúrgicas suspendidas en el periodo, respecto del total de intervenciones electivas programadas en la tabla quirúrgica para el mismo periodo.</p> <p>Cabe señalar, que este indicador se focaliza en la persona y no en el uso del pabellón, es decir, si una persona es reemplazada por otra, igual se debe considerar como una suspensión.</p> <p>Incluye solo las especialidades quirúrgicas trazadoras definidas para COMGES. El horario de medición es el institucional y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores bajos son buenos
<p>Fórmula: $\frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas trazadoras suspendidas en el establecimiento en el mes}}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas trazadoras programadas en tabla en el mes}} \times 100$</p>		
<p>Fuente de datos: REM A21 sección G (Numerador: Suma de las columnas D y E, de las filas según especialidad quirúrgica trazadora definida. Denominador: Suma de las columnas B y C, de las filas según especialidad quirúrgica trazadora definida).</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente.	
<p>Razonamiento meta: La suspensión de un acto quirúrgico programado, afecta la calidad de la atención y en consecuencia impacta la satisfacción usuaria. En muchas circunstancias, las suspensiones quirúrgicas obedecen a causas donde el establecimiento puede intervenir para su disminución, como coordinaciones ineficientes con las unidades de apoyo, falta de chequeo preoperatorio, fallas en el proceso interno de coordinación de pabellón con los equipos quirúrgicos y ausentismos de pacientes entre otras.</p>		
Iniciativas:	1. Planificación eficiente de la tabla quirúrgica y del recurso pabellón.	
	2. Chequeo ambulatorio pre-operatorio.	
	3. Cumplimiento de protocolos quirúrgicos.	
	4. Registro desagregado por causa de las suspensiones quirúrgicas.	

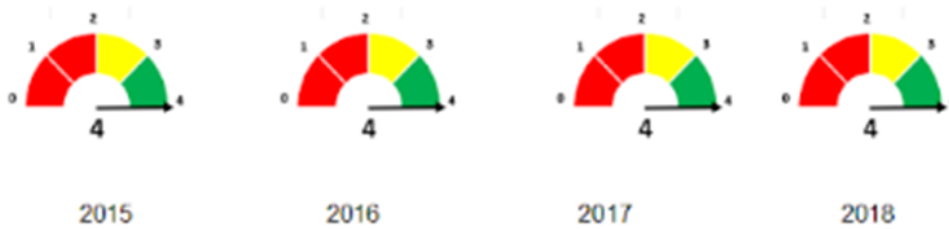
Puntuación	% de cumplimiento (COMGES)
0	$X < 90,0\%$
1	$90,0\% \leq X < 93,3\%$
2	$93,3\% \leq X < 96,6\%$
3	$96,6\% \leq X < 100,0\%$
4	$X = 100,0\%$

Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas



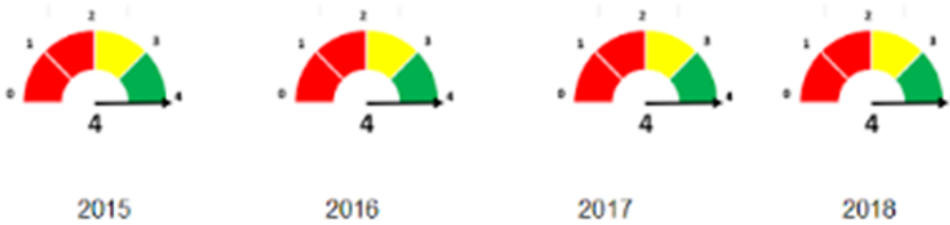
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

8.9.- Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico (B.2_2.3)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico (B.2_2.3)	Responsable: Encargado de Farmacia
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de medicamentos del arsenal definido por el establecimiento, que fueron utilizados en el período.</p> <p>Quedaran excluidos de la medición, aquellos medicamentos definidos por el Departamento de Medicamentos e Insumos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (ver anexo 6).</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: N° de medicamentos utilizados en el mes de evaluación que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento / N° total de medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico del establecimiento x 100</p>		
Fuente de datos: Resolución del arsenal farmacológico actualizado e informe de la unidad de farmacia		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 90\%$	
<p>Razonamiento meta: Permite evaluar el cumplimiento de los procesos de incorporación de fármacos al arsenal terapéutico local y el grado de adhesión de los profesionales y el conocimiento que se tiene del arsenal local definido.</p>		
Iniciativas:	1. Comité de farmacia en funcionamiento.	
	2. Arsenal terapéutico actualizado y difundido.	
	3. Sistema de control de prescripción.	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 83,3\%$
2	$83,3\% \leq X < 86,6\%$
3	$86,6\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico



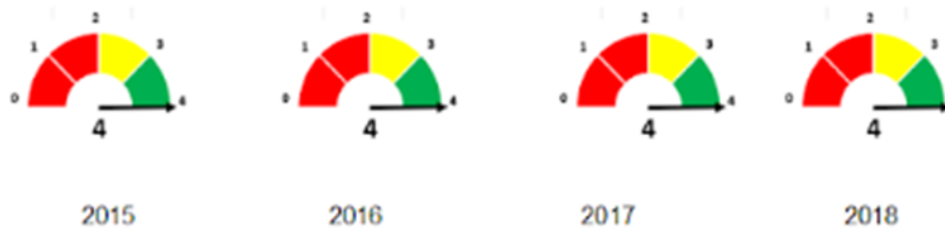
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico**

8.10.- Promedio de días de Hospitalización Prequirúrgicos (B.2_3.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos (B.2_3.2)	Responsable: Encargado Área Quirúrgica
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos	
<p>Descripción: Este indicador mide los días camas ocupados por un paciente antes de que se efectúe una cirugía electiva, con el objetivo de evaluar la utilización que se le da a la cama hospitalaria.</p> <p>Este indicador, incluye solo las especialidades quirúrgicas trazadoras definidas para COMGES.</p> <p>Se excluyen de la medición los pacientes ingresados para una cirugía vía urgencia, pacientes que se encuentran hospitalizados por otra causa y reintervenciones quirúrgicas.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Número	Polaridad: Los valores los valores bajos son buenos
<p>Fórmula: Σ días cama ocupados previos a efectuarse la cirugía electiva en especialidades trazadoras en el mes / Total de pacientes intervenidos en cirugías electivas trazadoras realizadas en el establecimiento en el mes</p>		
<p>Fuente de datos: REM A21 sección F (Numerador: Suma de las Columnas D y E, de las filas según especialidad quirúrgica trazadora definida. Denominador: Suma de las Columnas B y C, de las filas según especialidad quirúrgica trazadora definida).</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: 20% de disminución bajo su línea base, $o \leq 1$. Las trazadoras corresponderán a las mismas definidas en años anteriores.	
<p>Razonamiento meta: La hospitalización anticipada de un paciente que requiere una intervención electiva, supone un uso de días camas innecesarios, aumentando los riesgos para el paciente e ineficiencias, ya que genera costos por el uso de las instalaciones y servicios, en alguien que no lo requiere.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Chequeos preoperatorios eficientes y oportunos. Solicitud de exámenes pre-operatorios para los pacientes en forma ambulatoria. 	

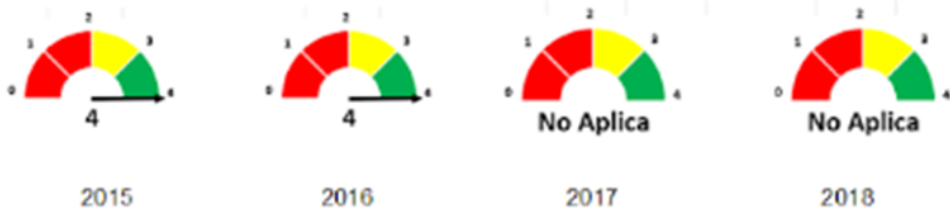
Puntuación	Escala progresión	Puntuación	Escala proximidad
0	$X < 5,0\%$	0	$X > 1,9$
1	$5,0\% \leq X < 10,0\%$	1	$1,6 < X \leq 1,9$
2	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	2	$1,3 < X \leq 1,6$
3	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	3	$1,0 < X \leq 1,3$
4	$X \geq 20,0\%$	4	$X \leq 1,0$

Promedio de días de Hospitalización Prequirurgicos



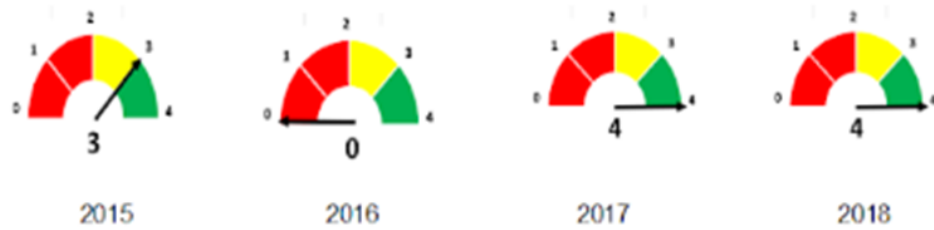
Hospital Luis Calvo Mackena - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Promedio de Días de Hospitalización prequirúrgicos

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Promedio de Días de Hospitalización prequirúrgicos

8.11.- Rendimiento de las Horas Contratadas (B.2_3.3)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Rendimiento de las Horas Contratadas (B.2_3.3)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos	
<p>Descripción: Este indicador mide la relación entre el Índice Agregado de Actividad (IAAC) (consistente en la evolución del valor físico de un grupo específico de prestaciones), sobre la base de un vector de precios de un año base y la dotación de horas efectivas del personal total para un periodo determinado.</p> <p>El IAAC permite sintetizar en un índice la evolución del valor de la producción de grandes componentes de prestaciones que se realizan en los establecimientos hospitalarios, de manera de dimensionar la variación real de la producción de prestaciones.</p> <p>La estructura del IAAC, considera los siguientes componentes de prestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Abierta (Consultas médicas) 2. Exámenes de Diagnóstico 3. Procedimientos de Apoyo Clínico y Diagnóstico Terapéutico 4. Intervenciones Quirúrgicas 5. Días de Hospitalización <p>No obstante, para la determinación del indicador de rendimiento, se ha determinado un IAAC ajustado, el que excluye el componente de Exámenes de Diagnóstico, a objeto de medir y evaluar a los establecimientos autogestionados en red.</p> <p>En relación a las horas efectivas se considera el total del personal contratado, ya sea en calidad de titular, a contrata y honorarios asociados a las leyes 15.076, 18.834 y 19.664.</p> <p>El cálculo de la producción específica del IAAC y sus exclusiones, se explican en el anexo 13 y las horas efectivas en el anexo 14.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Número	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: (Producción específica del IAAC ajustado en el periodo)* / (Horas efectivas del total del personal contratado en las leyes 15.076, 18.834 y 19.664 en el periodo)</p> <p>* Producción específica del IAAC ajustado en relación a un vector de precios base, año 2013.</p>		
<p>Fuente de datos: Numerador: Producción específica del IAAC ajustado en el periodo, es extraída de REM B. En anexo 13 se especifica la metodología para calcular el indicador. Denominador: Planilla de cálculo de horas efectivas del establecimiento, basado en Dotación Efectiva reportado en Sistema Informático Qlikview, la que deberá ser entregada por el Servicio de Salud mensualmente, acorde con la dotación efectiva informada a DIPRES, que se calcula con la cantidad de cargos y horas semanales de su relación contractual.</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: $\geq 1\%$ de incremento sobre la línea base.	
<p>Razonamiento meta: El objetivo es tener un valor cuantificado de esta relación, con el propósito de mejorar el rendimiento de la producción. Las horas del personal deben generar rendimiento en términos de productividad, en los establecimientos autogestionados. El cruce de esta información, reflejada en este indicador, permitirá a los equipos directivos de estos hospitales tomar decisiones respecto del proceso productivo de su establecimiento y de las medidas que deberá implementar para incrementar el rendimiento del recurso humano asociado a estas leyes.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo e incentivo del registro total de prestaciones en REM. 2. Evaluar y controlar la dotación efectiva v/s la dotación real. 3. Implementar medidas de gestión estratégica que permitan mejorar el rendimiento del recurso humano asociado a las leyes citadas. 4. Implementar un Comité de Producción, en donde se gestionen y tomen decisiones sobre productividad, con participación del equipo directivo. 	

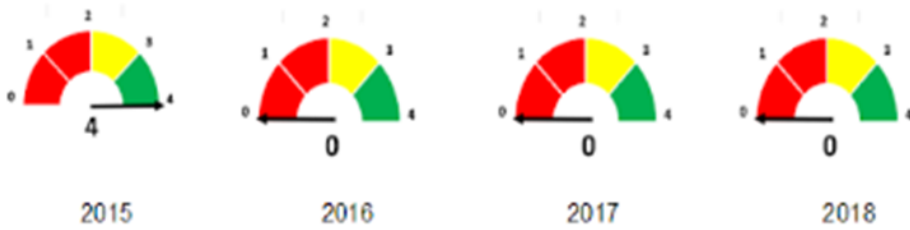
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 0,25\%$
1	$0,25\% \leq X < 0,50\%$
2	$0,50\% \leq X < 0,75\%$
3	$0,75\% \leq X < 1,00\%$
4	$X \geq 1,00\%$

Rendimiento de las Horas Contratadas



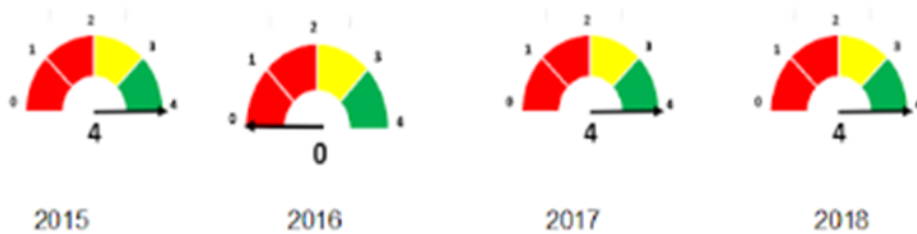
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Rendimiento de las Horas Contratadas

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Rendimiento de las Horas Contratadas

8.12.- Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos (DM) (B.2_2.5)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (DM) (B.2_2.5)	Responsable: Encargado de Abastecimiento de Dispositivos Médicos (DM)
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer la gestión de procesos de apoyo y logísticos	
<p>Descripción: Este indicador cuantifica el tiempo en que el inventario de dispositivos médicos rota completamente en la bodega central, lo que permite planificar las compras de productos, en función de su nivel de rotación. A su vez, facilita la determinación del stock crítico y el punto de reorden.</p> <p>Fundamentalmente se deben evitar las rupturas (quiebres de stock) y establecer los productos clínicos con mayor rotación dentro del establecimiento.</p> <p>Se entenderá por dispositivos médicos, aquellos definidos en el Decreto Supremo 825 del año 1998, que reglamenta los medicamentos y dispositivos médicos. Además, el equipo de Fármacos e Insumos del MINSAL, ha definido el listado de Dispositivos Médicos que deberán medirse para efectos de este indicador, detallados en el anexo 7.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Número	Polaridad: El número 8 es bueno
Fórmula: Salidas de bodega del producto en unidades en el mes / Promedio de unidades de existencias del producto en el mes		
Fuente de datos: Los datos para este indicador los proporciona el encargado de abastecimiento de dispositivos médicos.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: Igual a 8 veces en el año	
Razonamiento meta: Mantener stock por períodos de tiempos excesivos, implica mayor riesgo de mermas por caducidad y vencimiento. Así también, los productos se exponen por mayor tiempo a efectos del medio ambiente. Además, se mantiene un activo estanco y se incurre en mayores gastos por efectos de bodegaje.		
Iniciativas:	1. Determinar inventario óptimo de DM en el hospital.	
	2. Establecer DM con mayor rotación en el hospital.	
	3. Determinar stock crítico y punto de reorden de los DM.	

Puntuación	Rotación
0	$X < 2$
1	$2 \leq X < 4$
2	$4 \leq X < 6$
3	$6 \leq X < 8$
4	$X \geq 8$

Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos (DM)



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos

Hospital Augusto Riffart



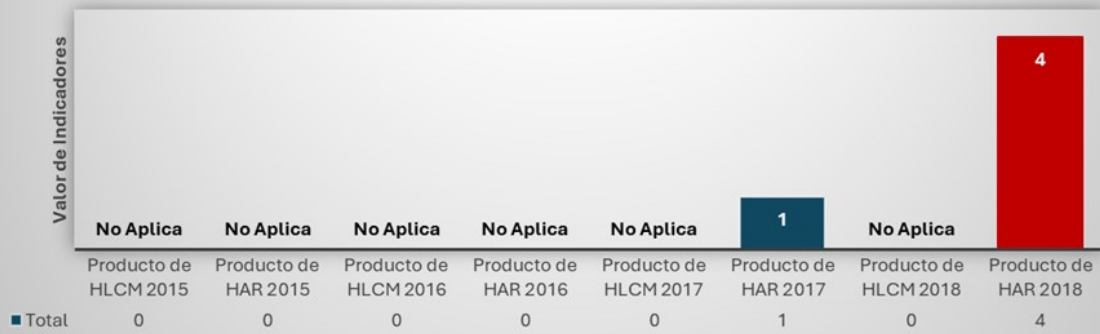
Indicador: Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos

8.13.- Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras (B.2_1.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras (B.2_1.1)	Responsable: Encargado Área Quirúrgica
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores trazadoras definidas: Hernias umbilicales, Inguinales, crurales, línea blanca; Colectomías por video laparoscopias en pacientes mayores de 15 años.</p> <p>Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación menor o igual a 23.59 horas, vuelve a su domicilio y que su estadía se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin y no en una cama hospitalaria. Se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia.</p> <p>Este indicador aplica para los beneficiarios de Fonasa de modalidad institucional y que corresponden a severidad menor.</p>		
Frecuencia de medición: Anual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $\left(\frac{\text{Número de egresos de CMA trazadoras en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos de CMA trazadoras electivas + egresos de las patologías trazadoras correspondientes a severidad menor en el periodo}} \right) \times 100.$ </p>		
Fuente de datos: Sistema GRD-IR versión en uso		
Línea de base: Enero a Diciembre 2016	<p>Meta: Para establecimientos con porcentaje < a 50% = aumento de 7 % de su línea base Para establecimientos con porcentaje \geq a 50% mantener o aumentar sobre su línea de base.</p>	
<p>Razonamiento meta: El potenciar esta modalidad de asistencia trae beneficios para el paciente (mayor satisfacción usuaria) como para el Establecimiento: Evita estancias hospitalarias innecesarias; disminuye el riesgo de presentar complicaciones y efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, optimiza el uso del recurso cama, Reduce el número de suspensiones al no competir con casos urgentes, Utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del Área Quirúrgica.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorear el cumplimiento de los protocolos de CMA. 2. Revisar y redefinir áreas y estructuras para realizar las CMA. 3. Realizar levantamiento de las cirugías posibles de ambulatorizar en el establecimiento. 	

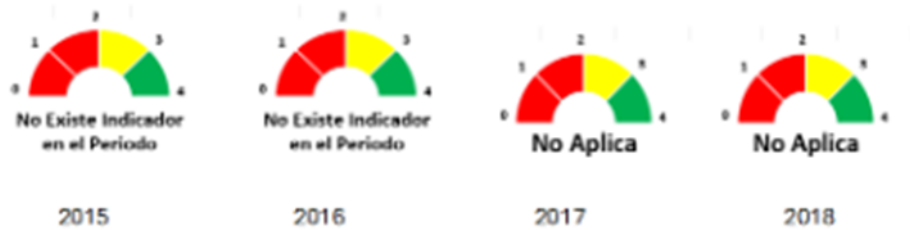
Puntuación	Aumento por sobre línea base	Porcentaje meta
0	$X < 1,0\%$	$X < 35\%$
1	$1,0\% \leq X < 3,0\%$	$35\% \leq X < 40\%$
2	$3,0\% \leq X < 5,0\%$	$40\% \leq X < 45\%$
3	$5,0\% \leq X < 7,0\%$	$45\% \leq X < 50\%$
4	$X \geq 7,0\%$	$X \geq 50\%$

Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorias trazadoras



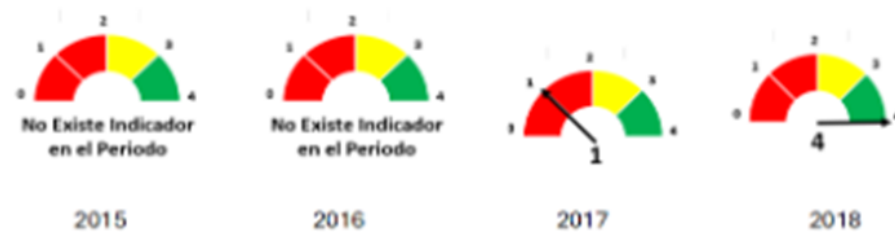
Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM)
Hospital Augusto Riffart (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorias trazadoras

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorias trazadoras

8.14.- Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2)	Responsable: Encargado Servicio de Urgencia
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes clasificados al ingreso de la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), que acceden a la consulta médica, en función de los síntomas y signos referidos por el paciente o acompañante, con el objeto de priorizar la atención médica y cuidados de enfermería, acorde con los recursos materiales y humanos dispuestos por el establecimiento. Las acciones de categorización deben efectuarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por un selector de demanda (personal clínico). 2. A todos los consultantes (niños y adultos). No incorpora consulta obstétrica. 3. Antes de efectuarse la atención médica. 4. En cinco niveles de clasificación, de C1 a C5. 5. De manera ininterrumpida, las 24 horas del día, los siete días de la semana. <p>La clasificación de pacientes previa a la atención en la UEH, debiera ser la puerta de entrada a una atención oportuna. Por tanto, debe aplicarse en forma rápida, con el propósito de obtener un valor predictivo de la complejidad del cuadro clínico.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son adecuados
<p>Fórmula: (Número de pacientes categorizados al ingreso a la UEH en el periodo / Total de consultas médicas de urgencia en la UEH en el periodo) x 100</p>		
Fuente de datos: REM A08		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: $\geq 90\%$ del total de consultas médicas de la UEH.	
<p>Razonamiento meta: La categorización de la atención en las UEH, ha permitido entregar atención en forma prioritaria a los pacientes que más lo necesitan, de acuerdo a la clasificación de su nivel de gravedad. Sumado a lo anterior, esta categorización ha dado cuenta del perfil de los consultantes.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar en categorización a la totalidad del personal clínico de urgencia. 2. Cuando un hospital no tenga un selector de demanda exclusivo las 24 horas del día, asegurar que la categorización se siga realizando con personal de turno. 	

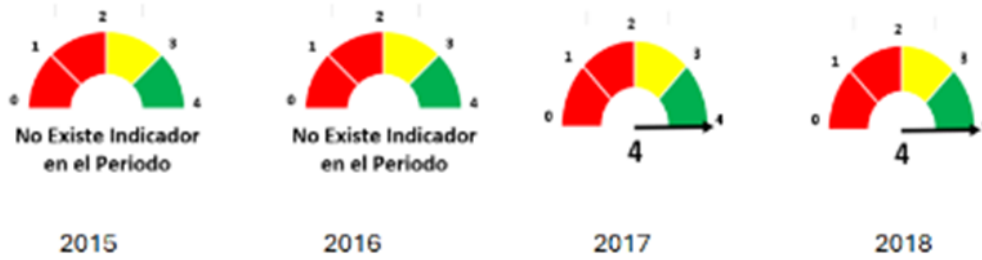
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 83,3\%$
2	$83,3\% \leq X < 86,6\%$
3	$86,6\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria



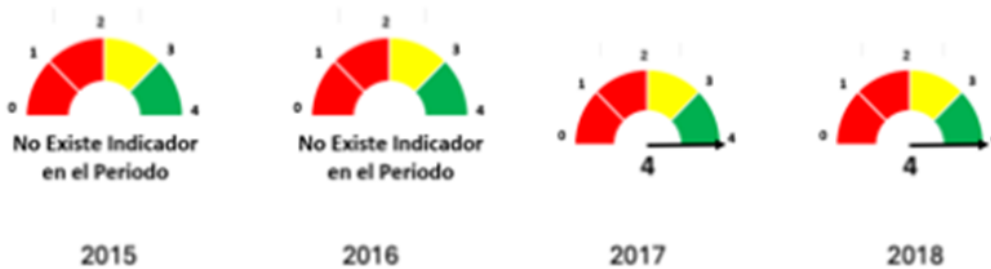
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Categorización de la demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de Categorización de la demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria

8.15.- Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación (B.2_1.3)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación (B.2_1.3)	Responsable: Gestor de Pacientes o Subdirector Médico.
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con año anterior. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento.</p> <p>El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización.</p> <p>El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos: Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH. Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.</p> <p>Aquellos establecimientos en que el periodo definido en su línea basal sea 0 y mantengan esta situación al cierre del año en evaluación, obtendrán el puntaje máximo de 4 puntos.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $\{[(\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación, en periodo t-1}) - (\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t})] / (\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t-1})\} \times 100$</p>		
Fuente de datos: REM A08		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.	
<p>Razonamiento meta: Los pacientes que permanece en la UEH por más de 12 horas, constituyen un grupo de riesgo, quedando sin la oportunidad de acceder al proceso de Hospitalización con el nivel de cuidados requerido por un tiempo indeterminado, afectando directamente el pronóstico de recuperación. Además, bloquea camillas de atención, ocupa recurso humano, alterando significativamente el flujo y la oportunidad atención de pacientes nuevos.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de gestores de pacientes. 2. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador. 3. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización. 4. Plan anual con elaboración de estrategias del Hospital (no solo de la Urgencia), para la disminución de pacientes en espera de camas, con seguimiento, registro y evaluación de las intervenciones. 	

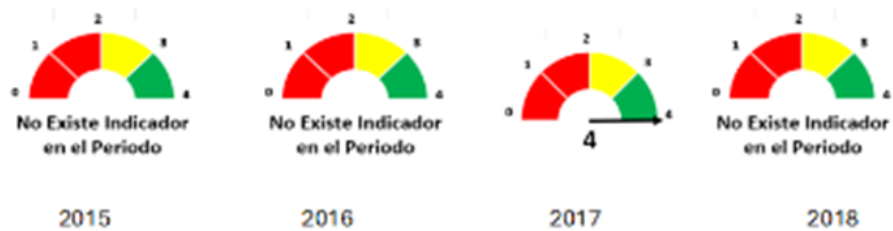
Puntuación	% Cumplimiento de reducción
0	$X < 0,00\%$
1	$0,00\% \leq X < 1,66\%$
2	$1,66\% \leq X < 3,32\%$
3	$3,32\% \leq X < 5,00\%$
4	$X \geq 5,00\%$

Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una Cama de Dotación



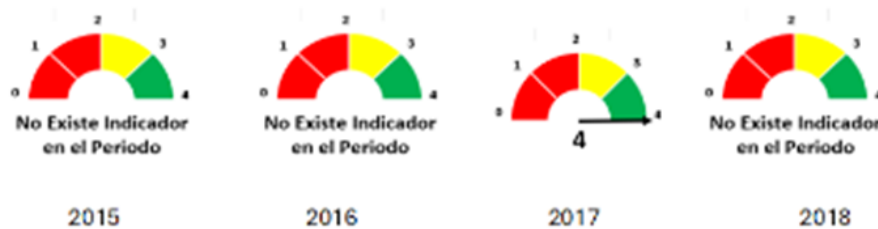
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de pacientes que esperan mas de 12 Horas en la UEH, para acceder a una cama de dotación**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de pacientes que esperan mas de 12 Horas en la UEH, para acceder a una cama de dotación**

8.16.- Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes categorizados D2 y D3, en relación al total de pacientes categorizados. Dicha categoría, se debe determinarse mediante la aplicación de la pauta de categorización de pacientes hospitalizados vigente (CUDYR) y como pre-requisito se exige la categorización del 90%, del total de los pacientes del establecimiento.</p> <p>Se solicita como requisito adicional, una evaluación cruzada del Proceso de Categorización entre servicios clínicos, para evaluar la consistencia y concordancia del registro, según las orientaciones enviadas por DIGERA (ver anexo 15).</p> <p>Este indicador no considera los pacientes de obstetricia (puerperio y alto riesgo), psiquiatría y pensionado.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores bajos son buenos
Fórmula: $(\text{Número pacientes categorizados con nivel de riesgo dependencia D2-D3 en el periodo} / \text{Total de pacientes categorizados según nivel de riesgo dependencia en el periodo}) \times 100$		
Fuente de datos: REM 20, planilla propia que contenga el número total de los pacientes hospitalizados en el mes, usando como insumo el registro del censo diario, Informe de evaluación cruzada.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\leq 8\%$ del total categorizado.	
Razonamiento meta: Se orienta a disminuir los pacientes con niveles de riesgo-dependencia D2-D3, en el entendido que este grupo de pacientes no requieren la infraestructura hospitalaria para su manejo. Con esto se espera liberar camas para aquellos pacientes que si la requieren.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis del universo de pacientes D2-D3 e implementación de estrategias de mejora. 2. Mejorar la coordinación con otros hospitales de menor complejidad de la red asistencial, a través del gestor de red. 3. Cumplimiento de protocolos médicos de alta de pacientes. 	

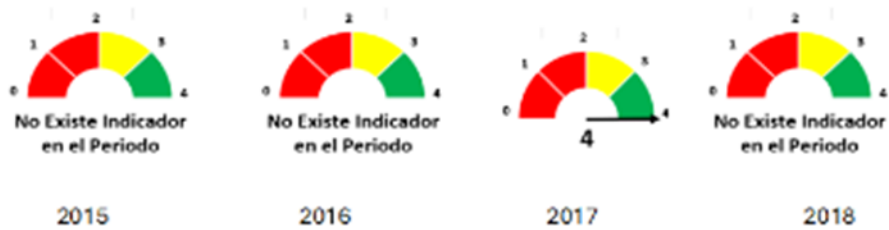
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X > 10,0\%$
1	$9,3\% < X \leq 10,0\%$
2	$8,6\% < X \leq 9,3\%$
3	$8,0\% < X \leq 8,6\%$
4	$X \leq 8,0\%$

Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3



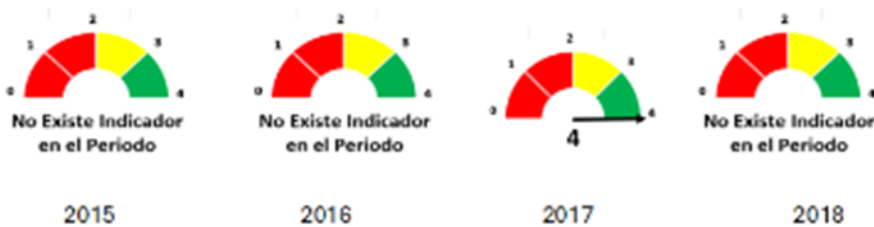
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de pacientes con nivel de riesgo dependencia D2 D3**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de pacientes con nivel de riesgo dependencia D2 D3**

8.17.- Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional (B.2_2.6)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional (B.2_2.6)	Responsable: Encargado de Farmacia
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	
<p>Descripción: Este indicador mide las evaluaciones técnicas y económicas realizadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Establecimiento para la aprobación de compras de medicamentos de uso ocasional., dicha pauta se encuentra en anexo 12.</p> <p>La medición expresará en porcentaje el número de formularios de uso ocasional evaluados técnicamente y económicamente autorizados por el Comité de Farmacia y Terapéutica. Se incluyen todas las solicitudes o formularios de uso ocasional solicitadas por los prescriptores a dicho comité del Establecimiento.</p> <p>El Comité de Farmacia y Terapéutica deberá funcionar periódicamente todos los meses de acuerdo a lo establecido en Res. Ex. MINSAL 504/2009, que aprueba la Norma técnica N°113 sobre la organización y funcionamiento de los referidos comités. Minsal enviará pauta de evaluación para los medicamentos solicitados como uso ocasional.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula:</p> $[(\text{Número de Formularios de Solicitudes de Fármacos de Uso Ocasional con respaldoado Técnico-económico en el periodo} / \text{Total de Formularios de solicitudes de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo} \times 0,5) + (\text{Número de Solicitudes Aprobadas de Fármacos de Uso Ocasional con evaluación Técnico-económica Positiva en el periodo} / \text{Total de solicitudes Aprobadas de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo} \times 0,5)] \times 100$		
Fuente de datos: Acta de reuniones del comité, Formularios de evaluación de técnica y Económica de los medicamentos solicitados en Formularios de Uso Ocasional.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 95\%$	
Razonamiento meta: Permite racionalizar el uso de los medicamentos a través de una evaluación Técnica y económica de los medicamentos que se encuentran fuera del arsenal farmacológico para lograr la optimización de los recursos asignados.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis periódico de los arsenales farmacológicos de los establecimientos (al menos una vez por semestre). 2. Diseñar y ejecutar un plan de vigilancia sobre el uso racional de los medicamentos (al menos una vez por semestre). 3. Diseñar un proceso estandarizado de evaluación técnica y económica de productos farmacéuticos de uso ocasional. 	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 50,0\%$
1	$50,0\% \leq X < 65,0\%$
2	$65,0\% \leq X < 80,0\%$
3	$80,0\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional



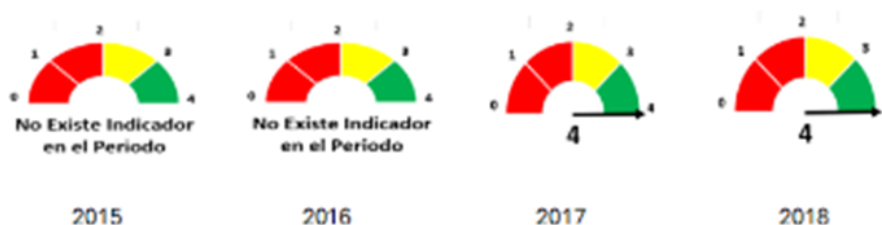
**Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)**

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de autorización de compras de medicamentos de uso ocasional**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de autorización de compras de medicamentos de uso ocasional**

8.18.- Porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación (B.2_1.3)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación (B.2_1.3)	Responsable: Gestor de Pacientes o Subdirector Médico.
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con año anterior. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento.</p> <p>El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización.</p> <p>El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos: Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH. Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.</p> <p>Aquellos establecimientos en que el periodo definido en su línea basal sea 0 y mantengan esta situación al cierre del año en evaluación, obtendrán el puntaje máximo de 4 puntos.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $\left\{ \left[\frac{\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación, en periodo t-1} - \text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t}}{\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t-1}} \right] \times 100 \right\}$</p>		
Fuente de datos: REM A08		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.	
<p>Razonamiento meta: Los pacientes que permanece en la UEH por más de 12 horas, constituyen un grupo de riesgo, quedando sin la oportunidad de acceder al proceso de Hospitalización con el nivel de cuidados requerido por un tiempo indeterminado, afectando directamente el pronóstico de recuperación. Además, bloquea camillas de atención, ocupa recurso humano, alterando significativamente el flujo y la oportunidad atención de pacientes nuevos.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de gestores de pacientes. 2. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador. 3. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización. 4. Plan anual con elaboración de estrategias del Hospital (no solo de la Urgencia), para la disminución de pacientes en espera de camas, con seguimiento, registro y evaluación de las intervenciones. 	

Puntuación	% Cumplimiento de reducción
0	$X < 0,00\%$
1	$0,00\% \leq X < 1,66\%$
2	$1,66\% \leq X < 3,32\%$
3	$3,32\% \leq X < 5,00\%$
4	$X \geq 5,00\%$

Variación de Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una Cama de Dotación



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM) Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH, para acceder a una cama de dotación**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH, para acceder a una cama de dotación**

8.19.- Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia (B.2_3.4)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes categorizados D2 y D3, en relación al total de pacientes categorizados. Dicha categoría, se debe determinarse mediante la aplicación de la pauta de categorización de pacientes hospitalizados vigente (CUDYR) y como pre-requisito se exige la categorización del 90%, del total de los pacientes del establecimiento.</p> <p>Se solicita como requisito adicional, una evaluación cruzada del Proceso de Categorización entre servicios clínicos, para evaluar la consistencia y concordancia del registro, según las orientaciones enviadas por DIGERA (ver anexo 15).</p> <p>Este indicador no considera los pacientes de obstetricia (puerperio y alto riesgo), psiquiatría y pensionado.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores bajos son buenos
Fórmula: (Número pacientes categorizados con nivel de riesgo dependencia D2-D3 en el periodo/ Total de pacientes categorizados según nivel de riesgo dependencia en el periodo) x 100		
Fuente de datos: REM 20, planilla propia que contenga el número total de los pacientes hospitalizados en el mes, usando como insumo el registro del censo diario, Informe de evaluación cruzada.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: ≤ 8 % del total categorizado.	
Razonamiento meta: Se orienta a disminuir los pacientes con niveles de riesgo-dependencia D2-D3, en el entendido que este grupo de pacientes no requieren la infraestructura hospitalaria para su manejo. Con esto se espera liberar camas para aquellos pacientes que si la requieren.		
Iniciativas:	1. Análisis del universo de pacientes D2-D3 e implementación de estrategias de mejora.	
	2. Mejorar la coordinación con otros hospitales de menor complejidad de la red asistencial, a través del gestor de red.	
	3. Cumplimiento de protocolos médicos de alta de pacientes.	

Puntuación	% de cumplimiento
0	X > 10,0%
1	9,3% < X ≤ 10,0%
2	8,6% < X ≤ 9,3%
3	8,0% < X ≤ 8,6%
4	X ≤ 8,0%

Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependencia



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de pacientes con nivel de riesgo dependencia

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de pacientes con nivel de riesgo dependencia

8.20.- Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría (D.2.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Planes de Mejora Implementados, Generados como Producto de una Auditoría (D.2.2)	Responsable: Jefes de Áreas Auditadas
Estrategia: Excelencia de la atención	Objetivo: Fortalecer procesos de calidad	
<p>Descripción: El presente indicador mide los planes de mejora implementados, producto de los problemas detectados a través del desarrollo de las distintas auditorías, contenidas en el programa de seguimiento de auditorías o planilla de compromisos no implementados en año anterior, enviados al CAIGG (consejo auditoría interna general de gobierno).</p> <p>La medición corresponde a aquellos planes de mejora, cuyo compromiso de implementación ha vencido. En cuanto a la validación de la implementación de los planes de acción, debe ser efectuada por el auditor a través del proceso de seguimiento.</p> <p>Incluir los planes de mejora de las Auditorías de la Contraloría General de la República.</p> <p>Excepciones: Auditorías que no generan observaciones.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: Número de planes de mejora implementados por el establecimiento asociado a una auditoría en el mes / Número de planes de mejora cuyo cumplimiento se encuentran vencidos en el mes x 100		
<p>Fuente de datos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Planes de mejora formalizados por el auditado, en respuesta a las observaciones de auditoría que se encuentren vencidos. Auditorías de seguimiento. Programa de seguimiento o planilla de compromisos no implementados año anterior. 		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100%	
<p>Razonamiento meta: Realizar auditorías en una institución, sólo tiene sentido si apunta a mejorar los aspectos detectados como deficitarios. Los planes de mejora suponen que existe una formalización del resultado del informe de auditoría en el establecimiento y también que el director del establecimiento exige del auditado la formalización de medidas tendientes a solucionar los problemas detectados, con la identificación de los responsables de la implementación y fecha comprometida. El desarrollo, implementación y seguimiento de planes de mejora, constituye la herramienta más efectiva para lograr el objetivo.</p>		
Iniciativas:	1. Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 85,0\%$
1	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
2	$90,0\% \leq X < 95,0\%$
3	$95,0\% \leq X < 100,0\%$
4	$X = 100,0\%$

Porcentaje de compromisos de mejora implementados producto de una auditoria



Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, Producto de una Auditoria**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, Producto de una Auditoria**

8.21.- Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación (D.1.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación (D.1.1)	Responsable: Director del Establecimiento
Estrategia: Excelencia de la Atención	Objetivo: Equipos de calidad conformados	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de requisitos necesarios para lograr la acreditación de calidad durante el año en curso.</p> <p>Los requisitos que el establecimiento debe cumplir en forma obligatoria son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autorización Sanitaria vigente 2. Haber ejecutado y concluido el proceso de autoevaluación en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, lo cual debe quedar reflejado en un documento, bajo el formato exigido por la Superintendencia de Salud. 3. Tener retrospectividad de indicadores de al menos 6 meses para la primera evaluación y para las posteriores lo que indica la normativa. 4. Cumplimiento del 100% de las características obligatorias aplicables y el 50% del total de características aplicables para la primera evaluación y para las posteriores lo que indica la normativa, según información disponible y actualizada en software SIS-Q, mediante evaluación externa organizada por el Servicio de Salud. 5. Haber presentado la solicitud de acreditación durante el año en curso. <p>La evidencia respecto de todos los puntos mencionados debe ser subida al software SIS-Q por el establecimiento.</p> <p>Los establecimientos que estén con la acreditación vigente al momento de la evaluación, tendrán el máximo puntaje de 4 puntos.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $\left(\frac{\text{Número de requisitos cumplidos en el periodo}}{\text{Total de requisitos solicitados en el mismo periodo}} \right) \times 100$</p>		
<p>Fuente de datos: Certificado de autorización sanitaria vigente, informe de autoevaluación según requisito, informe de retrospectividad, informe de evaluación externa realizada por el Servicio de Salud, solicitud de acreditación presentada a la Superintendencia de Salud.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta anual : 100%	
<p>Razonamiento meta: Se requiere fortalecer los componentes calidad y seguridad asistencial en la red pública hospitalaria, junto con cumplir en forma progresiva el compromiso presidencial de acreditar a los Prestadores Institucionales de salud para que puedan otorgar la garantía de calidad GES.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar programas de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de atención y seguridad de los pacientes en los procesos clínicos asistenciales 2. Mantener actualizada la información en el SIS-Q respecto del nivel de cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias. 3. Equipo directivo comprometido con el plan de calidad y seguridad del paciente. 	

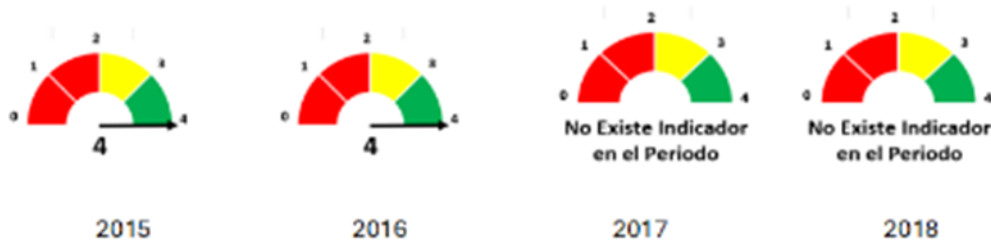
Puntuación	% de cumplimiento
0	X ≤ 20%
1	X = 40%
2	X = 60%
3	X= 80%
4	X = 100%

Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación**

8.22.- Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación (D.1.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación (D.1.2)	Responsable: Director del Establecimiento
Estrategia: Excelencia de la Atención	Objetivo: Equipos de calidad conformados	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del plan de trabajo del establecimiento, orientado a mantener y mejorar el cumplimiento de las características del estándar de acreditación y la realización de una autoevaluación anual.</p> <p>El plan de trabajo, el prestador lo debe elaborar en el primer trimestre del año, debe estar aprobado formalmente por el Director del establecimiento y como mínimo debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualización de documentos cuya vigencia termina el año de evaluación. Para esto debe tener un listado de las fechas de los distintos documentos. Monitoreo a lo menos trimestral del cumplimiento de los indicadores contenidos en el Manual de Acreditación. Para esto debe tener la totalidad de los indicadores, en la plataforma SIS-Q. <p>La autoevaluación anual, se debe realizar al menos una vez con las características obligatorias que aplican.</p> <p>Trimestralmente se debe elaborar un informe de cumplimiento del plan de trabajo.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $[(\text{Número de actividades del plan de trabajo para mantenimiento de requisitos, realizadas en el período} / \text{Total de actividades programadas para el mismo período} \times 0,5) + (\text{Número de autoevaluaciones realizadas en el período} / \text{Total de autoevaluaciones programadas para el mismo período} \times 0,5)] \times 100$ </p>		
Fuente de datos: Resolución de plan de trabajo anual para la mantención de los estándares de acreditación, Informe de autoevaluación anual, Informes de cumplimiento de trabajo trimestral, listado de documentos con fecha de elaboración, informe de monitoreo de indicadores en plataforma SIS-Q.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 95%	
Razonamiento meta: Se requiere que los establecimientos se comprometan y trabajen permanentemente en el mejoramiento de la calidad y la seguridad de los pacientes, de manera que la Acreditación sea un primer peldaño para establecer una cultura y política de calidad institucional.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Fomentar programas de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de atención y seguridad de los pacientes en los procesos clínicos asistenciales. Mantener actualizada la información en el SIS-Q respecto del nivel de cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias. Equipo directivo comprometido con el plan de calidad y seguridad del paciente. 	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
2	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
3	$90,0\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

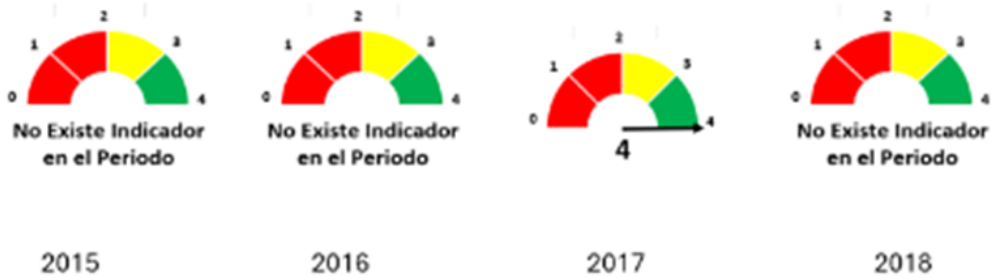
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación

Valor Indicador



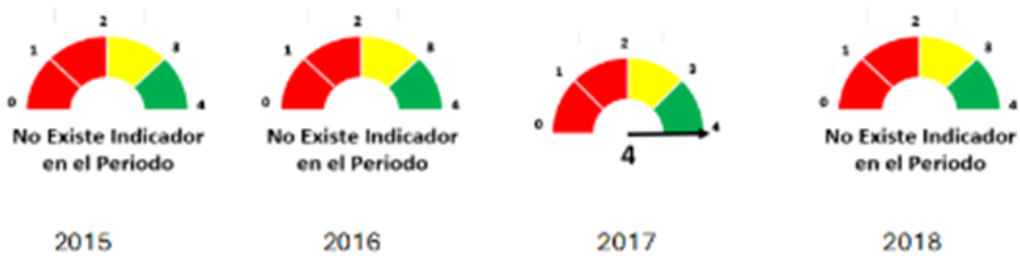
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM) Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo, para mantener requisitos de acreditación.**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo, para mantener requisitos de acreditación.**

8.23.- Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría (D.2.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría (D.2.2)	Responsable: Jefes de Áreas Auditadas
Estrategia: Excelencia de la Atención	Objetivo: Fortalecer procesos de calidad	
<p>Descripción: Este es un indicador compuesto ya que mide por una parte el cumplimiento de los compromisos suscritos por las unidades auditadas del establecimiento en relación al total de hallazgos detectados en las auditorías y si estos compromisos suscritos fueron implementados en el periodo que la unidad auditada se comprometió. Esta información debe estar contenida en el programa de seguimiento de auditorías o planilla de compromisos no implementados en año anterior, enviados al CAIGG (Consejo Auditoría Interna General de Gobierno) y aquellos compromisos que vayan surgiendo como producto de una Auditoría del año en curso.</p> <p>Respecto de los compromisos de mejora implementados, se debe incluir los compromisos de mejora de las Auditorías de la Contraloría General de la República y se excluyen de la medición, auditorías que no generan observaciones. En cuanto a la validación de la implementación de estos, debe ser efectuada por el auditor a través del proceso de seguimiento. Para determinar el grado de cumplimiento anual la tabla de puntaje se basa en el documento técnico N° 43 del CAIGG, cuadro N° 17 "Aprobación de resultados de implementación del seguimiento a los compromisos".</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $[(\text{Número de compromisos suscritos del establecimiento asociado a auditoría (s) en el periodo} / \text{Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) en el periodo}) \times 0,5 + (\text{Número de compromisos de mejora implementados del establecimiento en el periodo} / \text{Total de compromisos de mejora cuyo cumplimiento se encuentran vencidos en el periodo}) \times 0,5] \times 100$ </p>		
<p>Fuente de datos: 1. Reportes de auditorías del año en curso y del anterior según formato CAIGG. 2. Compromisos Suscritos formalizados por el auditado (vía memo o mail), en respuesta a los hallazgos realizadas producto de las auditorías. Los compromisos deben coincidir con las auditorías realizadas. 3. Programa de seguimiento o planilla con los compromisos no implementados año anterior y aquellos correspondientes al año en curso. 4. Auditorías de seguimiento de compromisos de mejora solicitados. </p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 75\%$ compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo; $\geq 90\%$, $\geq 80\%$ o $\geq 70\%$ de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	
<p>Razonamiento meta: Realizar auditorías, sólo tiene sentido si apunta a mejorar los aspectos detectados como deficitarios. Los compromisos de mejora suponen que existe una formalización del resultado del informe de auditoría en el establecimiento y también que el director del establecimiento exige del auditado la formalización de medidas tendientes a solucionar situaciones de riesgo detectados, con la identificación de los responsables de la implementación y fecha comprometida. El desarrollo, implementación y seguimiento de ellos, constituye la herramienta más efectiva para lograr el objetivo.</p>		
Iniciativas:	1. Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.	

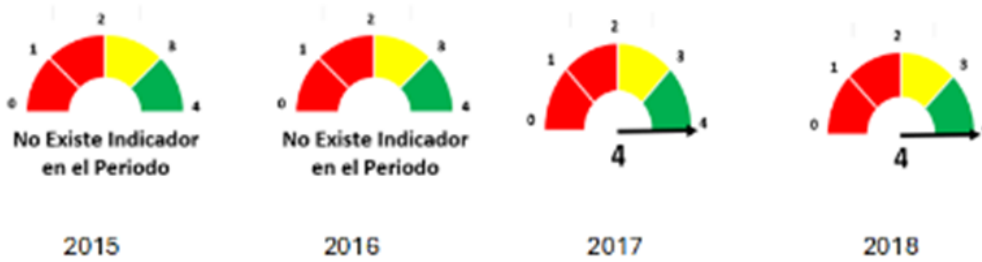
Puntuación	Porcentaje de Compromisos Suscritos	% Implementación Compromisos (1 a 30 compromisos/año)	% Implementación Compromisos (31 a 70 compromisos/año)	% Implementación Compromisos (mayor a 70 compromisos/año)
0	$X < 60\%$	$X < 75\%$	$X < 65\%$	$X < 55\%$
1	$60\% \leq X < 65\%$	$75\% \leq X < 80\%$	$65\% \leq X < 70\%$	$55\% \leq X < 60\%$
2	$65\% \leq X < 70\%$	$80\% \leq X < 85\%$	$70\% \leq X < 75\%$	$60\% \leq X < 65\%$
3	$70\% \leq X < 75\%$	$85\% \leq X < 90\%$	$75\% \leq X < 80\%$	$65\% \leq X < 70\%$
4	$X \geq 75\%$	$X \geq 90\%$	$X \geq 80\%$	$X \geq 70\%$

Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, Producto de una Auditoría**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de compromisos suscritos e implementados producto de una auditoria**

8.24.- Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría (D.2.1)

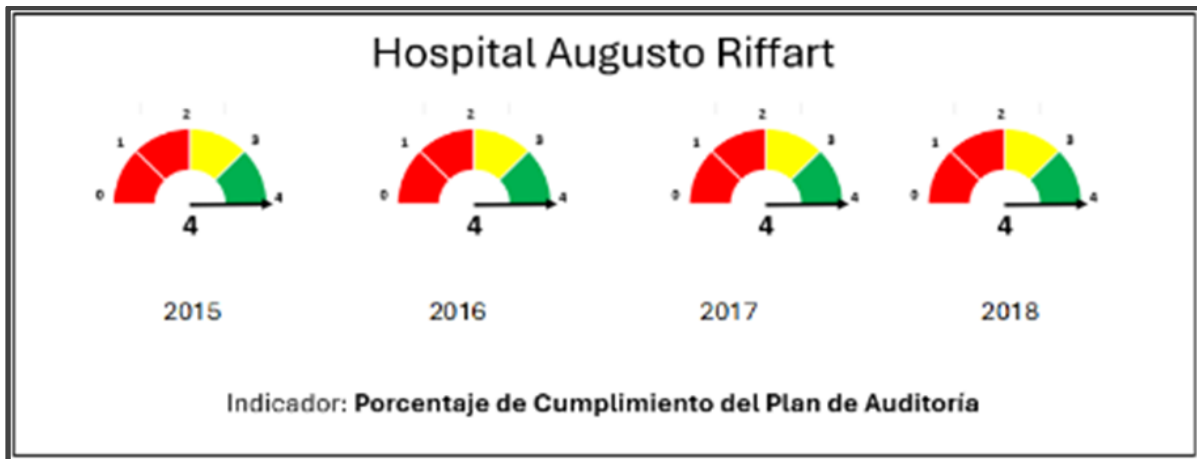
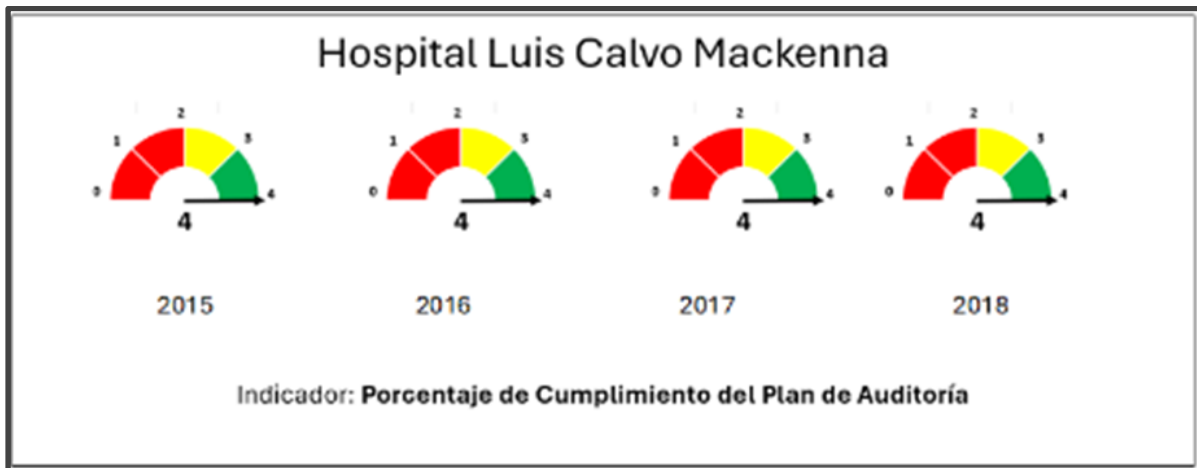
Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría (D.2.1)	Responsable: Encargado de Auditoría
Estrategia: Excelencia de la atención	Objetivo: Fortalecer procesos de calidad	
<p>Descripción: El presente indicador mide el grado de cumplimiento del programa de actividades de auditoría, planificado para un período determinado. Dichas auditorías, deben realizarse al menos en las siguientes áreas: Administrativa, financiera y clínica (ámbito institucional). Estas actividades corresponderán a las incluidas en el plan anual de auditoría del establecimiento, reportado al CAIGG (consejo auditoría interna general de gobierno).</p> <p>Además, debe contener auditorías referidas a los objetivos gubernamentales y ministeriales (auditorías de contingencia), del año en curso, incluyendo las de seguimiento.</p> <p>Se excluyen de la medición las auditorías de la Contraloría General de la República.</p> <p>Para efectos de registro del denominador, las auditorías programadas serán aquellas que corresponde terminar en el mes de medición (según carta Gantt).</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: N° de auditorías realizadas en el establecimiento en el mes / N° de auditorías programadas en el plan anual de auditoría del establecimiento en el mes x 100		
Fuente de datos:		
<ol style="list-style-type: none"> Plan anual de auditoría y carta Gantt de inicio y termino, esta última, con sus respectivos respaldos, aprobados por resolución del director. El plan anual debe coincidir al remitido por oficio al CAIGG. Nómina de auditorías emitidas en el período indicando: Número, fecha de emisión y materia, entregados formalmente por el jefe de auditoría del EAR. Informes de auditoría con sus respectivos medios de envío al Director del establecimiento (Memo, providencia, etc.). 		
Línea de base: Sin línea base	<p>Meta:</p> <p>100% de cumplimiento en auditorías referidas a objetivos gubernamentales y ministeriales.</p> <p>80% de cumplimiento para los demás objetivos, según programa anual.</p>	
Razonamiento meta: La planificación de auditoría está basada en la necesidad de revisar procesos críticos en la institución, por lo tanto es necesario cumplir con este plan a lo menos en los porcentajes indicados precedentemente.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Tener un sistema de monitoreo y evaluación del plan anual de auditoría. Control por parte del equipo directivo del cumplimiento y de la notificación de resultados de las auditorías a los auditados. 	

Puntuación	Objetivos Gubernamentales y Ministeriales	Otros Objetivos
0	$X < 85\%$	$X < 65\%$
1	$85\% \leq X < 90\%$	$65\% \leq X < 70\%$
2	$90\% \leq X < 95\%$	$70\% \leq X < 75\%$
3	$95\% \leq X < 100\%$	$75\% \leq X < 80\%$
4	$X = 100\%$	$X \geq 80\%$

Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM) Hospital Augusto Riffart - (HAR)



8.25.- Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas (A.2.3)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Devengamiento Oportuno de Facturas (A.2.3)	Responsable: Subdirector Administrativo
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo: Control de procesos financieros críticos	
<p>Descripción: Este indicador permite controlar el proceso de devengamiento de facturas en la ejecución presupuestaria, considerando como hitos de control la fecha de recepción en el establecimiento en la Unidad correspondiente establecida por resolución y la fecha en que se realiza el devengo de las facturas.</p> <p>La medición se realizará en términos monetarios de aquellas facturas que cumplan con lo expuesto en el marco tributario (Art. 160 del Código de Comercio), en la cual una factura ingresada al establecimiento tiene 8 días corridos como máximo para ser aceptada en los términos que señala el documento.</p> <p>En la fórmula el numerador, considerará solamente facturas devengadas que estén bien ingresadas en SIGFE y que cumplan con los campos exigidos. Se excluirán aquellos registros donde no se haya digitado la fecha de ingreso, fecha de devengo o donde la fecha de devengo sea anterior a la fecha de ingreso al establecimiento y para el denominador se incluirán la totalidad de las facturas devengadas con y sin errores ingresadas en el sistema en cada período.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: $(\text{Monto de Facturas Devengadas antes de 8 días del ingreso al establecimiento en el período} / \text{Monto total de facturas devengadas en el período}) \times 100$		
Fuente de datos: Registro propio y certificación de datos con Informe mensual emitido por Chile Paga.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 90,0\%$	
<p>Razonamiento meta: El devengar oportunamente las facturas recibidas en el establecimiento, contribuye a entregar información temprana de la ejecución presupuestaria para la toma de decisiones financieras en el establecimiento, además permite mejorar el control de las facturas que ingresan, cumpliendo con la norma tributaria que toda factura de compra tiene un periodo de 8 días corridos para ser aceptada, o bien rechazada por el establecimiento. Para el cumplimiento de este indicador por parte del EAR, los directivos, jefaturas y el equipo encargado deberán mantener procesos acordes para velar por un oportuno y adecuado registro de facturas.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir y establecer procesos sobre la trazabilidad de factura de compra, desde su recepción hasta el pago, pasando por su respectivo devengo. 2. Desarrollar e implementar planes de mejora, en el proceso de digitación de las facturas en la plataforma SIGFE. 	

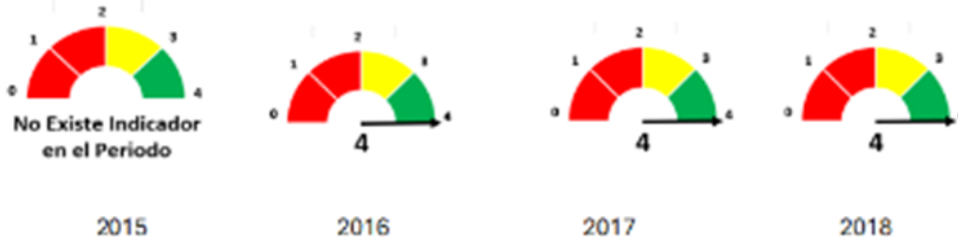
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 60,0\%$
1	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
3	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas



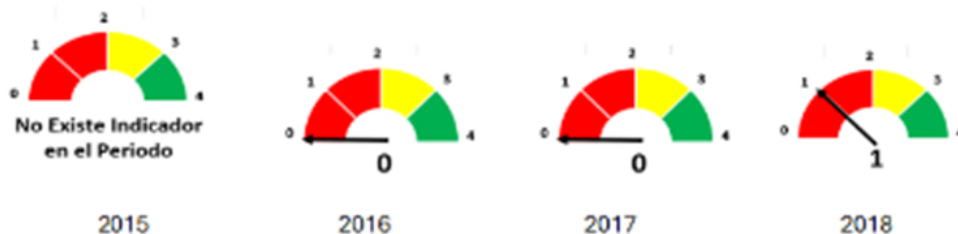
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas**

8.26.- Porcentaje de Disminución de la Deuda (A.2.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Disminución de la Deuda(A.2.1)	Responsable: Subdirector Administrativo
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo: Control de procesos financieros críticos	
<p>Descripción: Este indicador cuantifica la disminución de la deuda acumulada entre diciembre del año anterior y la deuda acumulada en el año en curso. Para efectos de este Indicador se entenderá por deuda, aquellas cuentas por pagar que se encuentran asociadas a los subtítulos 21, 22 y 29 y que posean una antigüedad superior a 60 días. Para efectos de la evaluación, se comparará la deuda señalada entre diciembre del año anterior y diciembre del año en evaluación.</p> <p>El servicio de salud, será el responsable de transferir oportunamente los recursos financieros que le corresponda al establecimiento autogestionado, de tal modo que esta situación no sea una variable que afecte el resultado de este indicador y por ende la evaluación del equipo directivo del EAR. Si esto no ocurre, el gestor de la red deberá justificar al director del hospital ante el MINSAL, señalando expresamente las razones del por qué no se realizaron.</p> <p>La fórmula incorporada en este Indicador, sólo aplica cuando el establecimiento tiene deuda en el periodo anterior. En el caso que el hospital no posea deuda en el periodo definido como línea base y mantenga esta situación al cierre del año en evaluación, se entiende que la situación de deuda se extinguió y por lo tanto el establecimiento obtendrá la puntuación máxima (cuatro puntos).</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores positivos son buenos
Fórmula: $[(\text{Monto deuda total acumulada a diciembre en el periodo } n-1 - \text{Monto deuda total acumulada en el periodo } n) / (\text{Monto deuda total acumulada a diciembre del periodo } n-1)] \times 100$		
Fuente de datos: SIGFE, e Informe de Gestión Financiera reportado a la Subsecretaría de Redes Asistenciales de acuerdo a Artículo 27 del D.S. N° 38.		
Línea de base: Deuda acumulada a diciembre del año anterior	Meta: 10% de reducción bajo la línea base, o deuda cero.	
Razonamiento meta: Idealmente no debería existir deuda en el Hospital. La disminución de la deuda, mejora la imagen corporativa de la organización y permite obtener mejores precios en los procesos de negociación con sus proveedores. Un establecimiento sin deuda o con un nivel aceptable de deuda, está en condiciones de enfrentar cualquier contingencia que implique utilización de recursos financieros, especialmente en casos relacionados con la atención clínica que corresponde a la operación principal de este rubro.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorear la deuda. 2. Establecer políticas internas para disminuir la deuda. 3. Cuadrarse con la ejecución presupuestaria. 4. Monitorear el gasto, evaluando su ejecución presupuestaria y análisis financiero. 5. Establecer y generar planes de contención de gastos del subtítulo 22, adaptando el plan a la realidad del establecimiento. 	

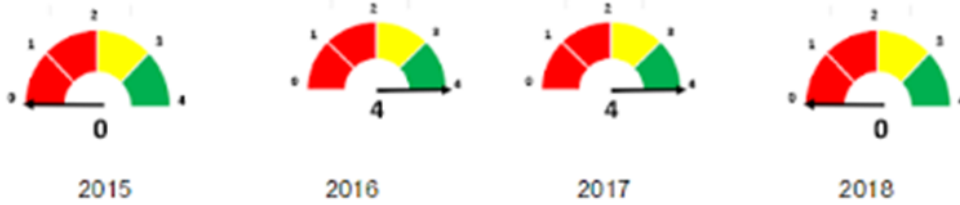
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 2,5\%$
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$
4	$X \geq 10,0\%$

Porcentaje de Disminución de la Deuda



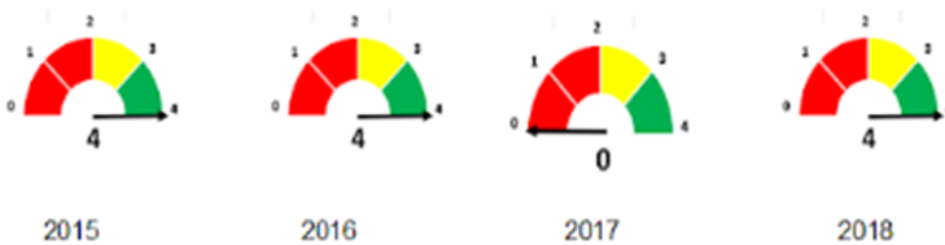
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Disminución de la Deuda

Hospital Augusto Riffart



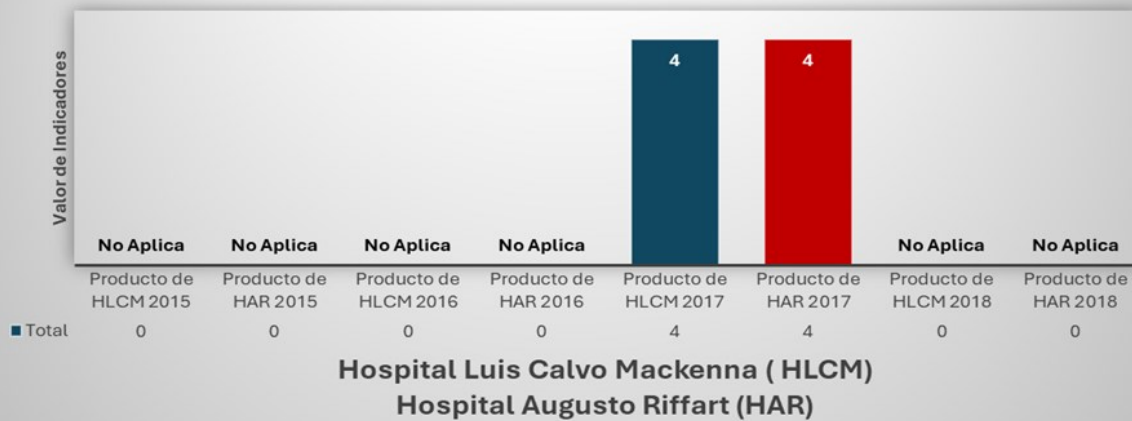
Indicador: Porcentaje de Disminución de la Deuda

8.27.- Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas (A.2.5)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas (A.2.5)	Responsable: Subdirector Administrativo
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo: Control de procesos financieros críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de Licencias Médicas curativas del tipo 1 (enfermedad o accidente común) y tipo 2 (medicina preventiva) devengadas, sobre el universo de estas Licencias Médicas de la dotación efectiva, y la dotación de suplencia y reemplazos ingresadas al establecimiento.</p> <p>Lo anterior, permitirá fortalecer el registro actual de licencias médicas, dado que se contará con el devengo de la totalidad de las licencias ingresadas al respectivo establecimiento, facilitando con ello, el control de los ingresos percibidos y por percibir del subtítulo 08.01.002 correspondientes a los subsidios por incapacidad laboral, provenientes de COMPIN e ISAPRES. Los hitos de registro y control se explican en el anexo 04.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: (Monto de Licencias médicas curativas tipo 1 y 2 devengadas en SIGFE en el periodo/ Monto Total de Licencias curativas tipo 1 y 2 valorizadas en SIRH en el período) x 100</p>		
Fuente de datos: Numerador: Reporte SIGFE. Denominador: Planilla propia con datos de SIRH		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 75,0\%$ de devengo de las licencias curativas valorizadas en SIRH.	
<p>Razonamiento meta: El ausentismo laboral se mantiene como una de las problemáticas más complejas del sector público de salud, en parte por su multi causalidad, que representa desafíos para el ámbito de gestión y desarrollo de personas. Aun cuando la normativa vigente en materia de licencias médicas establece procedimientos y plazos para su registro, se considera relevante fomentar la buena práctica del devengamiento oportuno de las licencias médicas curativas en los EAR, como una estrategia que respalde la gestión biopsicosocial del ausentismo, sin descuidar las aristas financieras del mismo.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Mejorar el registro en SIRH de licencias médicas curativas tipos 1 y 2 en la aplicación disponible para este fin "Mantenedor de licencias médicas". Mejorar el devengo en SIGFE de los ingresos que los EAR deben percibir por concepto de subsidios por incapacidad laboral producto de licencias médicas curativas tipos 1 y 2. 	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 45,0\%$
1	$45,0\% \leq X < 55,0\%$
2	$55,0\% \leq X < 65,0\%$
3	$65,0\% \leq X < 75,0\%$
4	$X \geq 75,0\%$

Porcentaje de devengamiento de licencias medicas curativas

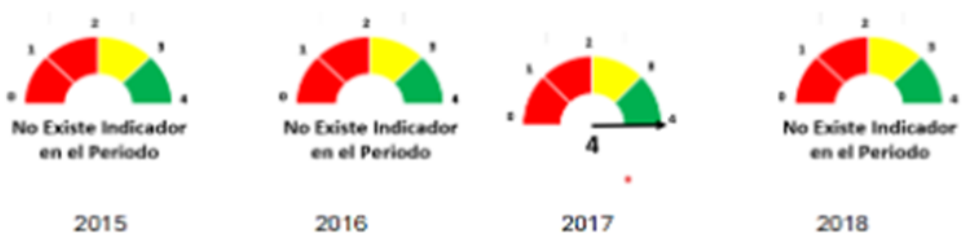


Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de devengamiento de licencias médicas curativas**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de devengamiento de licencias médicas curativas**

8.28.- Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas (A.2.5)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas (A.2.5)	Responsable: Subdirector Administrativo
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo: Control de procesos financieros críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de requisitos clave asociados al proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencia médica (LM). Los requisitos por cumplir solicitados para la medición del periodo de evaluación son los siguientes:</p> <p>1.- Manual de Procedimientos de Registro y Recuperación de LM, vigente con su respectiva resolución, que incluya al menos responsables, metodología, y flujograma entre otros.</p> <p><u>Registro SIRH:</u></p> <p>2.- Igual o mayor al 50% de cambio de estado "S" en los campos " Licencia Aprobada" y "Licencia Rechazada", respecto al total de LM ingresadas.</p> <p>3.- Igual o mayor al 95% de existencia de valores (valores mayores a 0 y distintos a vacío) en Campo "Monto Aproximado", respecto al total de LM ingresadas.</p> <p><u>Devengamiento:</u></p> <p>4.- Mayor o igual a 60% de devengamiento oportuno: porcentaje de las LM médicas devengadas.</p> <p><u>Seguimiento:</u></p> <p>5.- Informe mensual del estado de recuperación de LM *.</p> <p>6.- Reportes mensuales de envíos de oficio u otro, con carta de cobro a COMPIN e ISAPRE, según corresponda *.</p> <p>7.- Reportes trimestrales respecto al número de funcionarios/as notificados por concepto de cobro correspondiente de LM rechazadas *.</p> <p>*Elaborados y enviados de acuerdo a lo definido en el Manual de Procedimiento del Establecimiento.</p> <p>Se deben considerar las licencias médicas pertenecientes a la dotación efectiva y a la dotación de suplencia y reemplazos al establecimiento, y el detalle de los hitos de registro, devengo y seguimiento se explican en el anexo 05</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: (Número de requisitos cumplidos en el periodo/ Total de requisitos en el mismo periodo) x 100		
Detalle de filtros para la medición en anexo 05 .		
Fuente de datos: 1.-Manual de Procedimientos de Registro y Recuperación de LM, con resolución vigente; 2.- Planilla de licencias médicas descargable desde Mantenedor de Licencias Médicas del SIRH, con evidencia de realización de "cambios de estado" en función del proceso administrativo, en al menos el 50% de los registros; 3.- Planilla de licencias médicas descargable desde Mantenedor de Licencias Médicas del SIRH, con evidencia de registro efectivo del Campo "Monto Aproximado" en al menos 95% de los registros de LM ; 4.- Devengamiento: SIGFE-SIRH; 5.- Informes mensuales de estado de recuperación de LM ; 6.- Reportes mensuales con estados de envíos de cobro a Compin e Isapres; 7.- Reportes trimestrales de notificaciones a funcionarios con LM rechazadas. Estos tres últimos reportes elaborados y enviados según flujos y responsables definidos en el Manual de Procedimientos del Establecimiento.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100% de cumplimiento de los requisitos exigidos en el periodo.	
Razonamiento meta: El ausentismo laboral se mantiene como una de las problemáticas más complejas del sector público de salud, en parte por su multi causalidad, que representa desafíos para el ámbito de gestión y desarrollo de personas. Aun cuando la normativa vigente en materia de licencias médicas establece procedimientos y plazos para su registro, se considera relevante fomentar la buena práctica del devengamiento oportuno de las licencias médicas en los EAR y el buen registro de la información en los sistemas habilitados con sus actualizaciones correspondientes, como una estrategia que respalde la gestión biopsicosocial del ausentismo, sin descuidar las aristas administrativas y financieras de este.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el registro en SIRH de LM en la aplicación disponible para este fin "Mantenedor de licencias médicas". 2. Mantener un canal de comunicación constante con las aseguradoras para el cobro de los derechos de los funcionarios. 3. Mejorar el conocimiento de los funcionarios respecto de la resolución de las licencias médicas presentadas. 	

Puntuación	% de cumplimiento de los requisitos
0	$X < 55\%$
1	$55\% \leq X < 70\%$
2	$70\% \leq X < 85\%$
3	$85\% \leq X < 100\%$
4	$X = 100\%$

Porcentaje de Cumplimiento del Proceso de Registro, Devengamiento y Seguimiento de Licencias Médicas



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM) Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Cumplimiento del Proceso de Registro, Devengamiento y seguimiento de licencias Médicas.**

Hospital Augusto Riffart



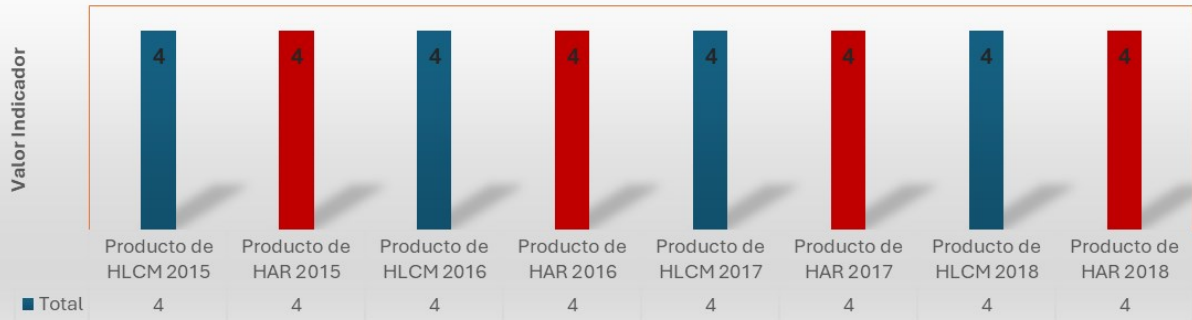
Indicador: **Porcentaje de Cumplimiento del Proceso de Registro, Devengamiento y seguimiento de licencias Médicas.**

8.29.- Porcentaje de Prestaciones Costeadas (A.2.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Prestaciones Costeadas (A.2.2)	Responsable: Encargado de Finanzas
Estrategia: Sustentabilidad financiera	Objetivo: Control de procesos financieros críticos	
<p>Descripción: Este indicador permite conocer el costo real de siete programas de Prestaciones Valoradas (PPV), ajustadas por riesgos. El denominador corresponde al total de prestaciones PPV otorgadas por el EAR, de las señaladas en el programa clínico financiero. El numerador corresponde al número de prestaciones PPV que efectivamente fueron costeadas, usando para ello la metodología definida por el Departamento de Desarrollo Estratégico del MINSAL (ver anexo 1). Para efectos de este indicador, deben costearse solo las prestaciones hospitalizadas, en ningún caso las prestaciones ambulatorias.</p> <p>Este indicador solo será aplicable para aquellos establecimientos que cuenten con el sistema GRD operativo y que simultáneamente tengan WinSIG implementado y operando para el periodo correspondiente.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: $\text{Número de prestaciones PPV costeadas en el mes} / \text{Número de prestaciones PPV otorgadas en el mes} * 100$</p> <p>*Del listado de las siete prestaciones definidas por el referente técnico MINSAL.</p>		
Fuente de datos: Los datos para este indicador los proporciona la herramienta WinSIG y GRD.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100% de costeo de prestaciones que apliquen	
<p>Razonamiento meta: El costeo de las prestaciones valoradas otorgadas por el establecimiento, permitirá obtener información relevante para la gestión administrativa y financiera del hospital autogestionado, como asimismo de las transferencias que cada establecimiento debería recibir en función de la complejidad de patologías que afecten a la población que tiene asignada (costo de los PPV corregido por complejidad).</p>		
Iniciativas:	1. Utilizar la herramienta WinSIG de acuerdo a los parámetros establecidos en este instrumento.	
	2. Utilizar la herramienta GRD de acuerdo a los parámetros establecidos en este instrumento.	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 95,00\%$
1	$95,00\% \leq X < 96,68\%$
2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$
3	$98,34\% \leq X < 100,00\%$
4	$X = 100,00\%$

Porcentaje de Prestaciones Costeadas



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



2015

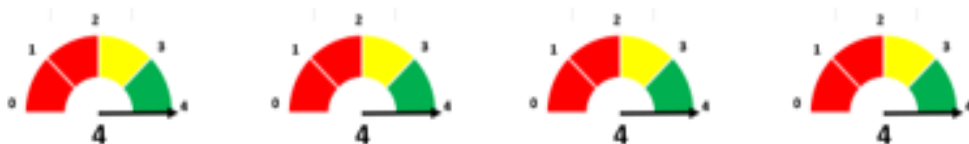
2016

2017

2018

Indicador: **Porcentaje de Prestaciones Costeadas**

Hospital Augusto Riffart



2015

2016

2017

2018

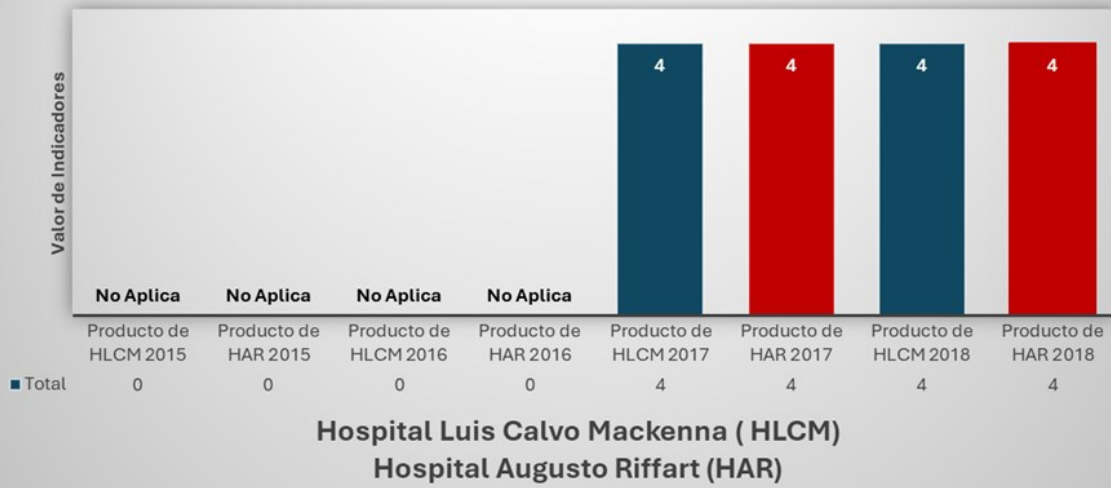
Indicador: **Porcentaje de Prestaciones Costeadas**

8.30 Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas (A.2.4)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas (A.2.4)	Responsable: Encargado de Finanzas
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo: Control de procesos financieros críticos	
<p>Descripción: Este indicador permite controlar la oportunidad y calidad del proceso de imputación de los costos en las diferentes unidades del establecimiento (sistema WinSIG-PERC) y además, monitorear costeo de los egresos hospitalarios (tipo de actividad Hospitalizados), que fueron efectivamente codificados por GRD, utilizando para ello la metodología definida en el anexo 03.</p> <p>La medición se hará en base a la cantidad de reportes enviados en las fechas establecidas, con las excepciones declaradas en dicho anexo, en donde se detallan las actividades de trabajo para el periodo de evaluación y las consideraciones de las validaciones de cada reporte según corresponda. En el mismo anexo se presentan los puntajes posibles de obtener, ya sea para la oportunidad del reporte, como para la calidad de información asociada a las correcciones.</p> <p>Los reportes deben ser enviados de forma trimestral al referente WinSIG-PERC de MINSAL, quien validará dichos reportes igualmente de manera trimestral, realizando además una certificación anual. Para el cálculo del puntaje se establece que el envío de los reportes debe ser a más tardar el día 21 de la fecha de envío de cada reporte según anexo y se descontará 01 punto por cada corrección que se solicite del reporte enviado, ya sea esto por primera vez en la fecha límite de entrega, o para el reporte corregido en los días posteriores.</p> <p>Se establece como pre-requisito que la codificación GRD sea al menos un 95% de los egresos del establecimiento, de acuerdo a la productividad del establecimiento publicados en DEIS. Por lo tanto, en el caso de no tener todos los meses validados de WinSIG o PERC según corresponda y de los datos de costeo reportados, el establecimiento obtendrá el puntaje mínimo (cero puntos), como así mismo en el caso de un porcentaje menor de codificación según pre-requisito establecido.</p> <p>En el anexo mencionado hay dos tablas de puntajes, para aquellos establecimientos que no cuenten con GRD, sólo serán evaluados por la tabla de sistemas de costos omitiendo en la fórmula lo relacionado con "prestaciones costeadas". Para aquellos que sí lo tengan, se evaluarán por ambas tablas y según fórmula.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula:</p> $\frac{(((\text{Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos} + \text{Puntaje de oportunidad por reporte de prestaciones costeadas}) \times 0,2) + ((\text{Puntaje de calidad por reporte sistema de costos} + \text{Puntaje de calidad por reporte de prestaciones costeadas}) \times 0,8))}{(\text{Total de puntaje que aplica para el período de evaluación}) \times 100}$		
Fuente de datos: Certificado de la Unidad de GRD y WinSIG-PERC del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 95,0\%$	
<p>Razonamiento meta: El costeo de los egresos hospitalarios realizados en el establecimiento, permitirá obtener información relevante para la gestión administrativa y financiera del establecimiento autogestionado, como asimismo de las transferencias que cada establecimiento debería recibir en función de la complejidad de patologías que afecten a la población que tiene asignada (costo de los egresos hospitalarios corregidos por complejidad).</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar la herramienta WinSIG o PERC de acuerdo a los parámetros establecidos en cada instrumento. 2. Utilizar la herramienta GRD de acuerdo a los parámetros establecidos en este instrumento. 3. Realizar gestión de costos, de acuerdo al análisis de cada unidad productiva e ingresos de las prestaciones según código GRD. 	

Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
2	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
3	$90,0\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

Sistema de costos y prestaciones costeadas

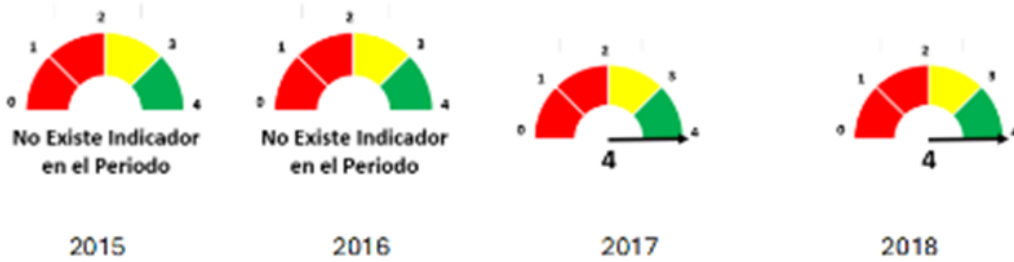


Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Sistema de costos y prestaciones costeadas

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Sistema de costos y prestaciones costeadas

8.31 Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos (C.2.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos (C.2.2)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Gestión Clínica	Objetivo: Generación de rutas y guías clínicas relevantes	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de notificación de Posibles Donantes que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) respecto al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 15 a 75 años, reportados en GRD.</p> <p>Se entenderá como Posible Donante a todo paciente con diagnóstico de ingreso neurológico grave a la UEH, considerado fuera de alcance neuroquirúrgico, de edad entre 15 a 75 años y Puntaje Glasgow de Ingreso ≤ 7 puntos.</p> <p>Este indicador sólo es aplicable a los establecimientos que conforman de la red de procuramiento nacional. Revisar anexo 22 para mayores detalles en la medición.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de Posibles Donantes, entre 15 a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento / Total de Egresos Fallecidos, por causa neurológica, entre 15 a 75 años, reportados en GRD) X 100</p>		
<p>Fuente de datos: Numerador: Estadísticas reportadas por Unidad de Coordinación Local de Procuramiento. Denominador: Reporte GRD.</p>		
Línea de base: Acumulada al año anterior.	Meta: 100% o aumento de 30 puntos porcentuales por sobre la línea base.	
<p>Razonamiento meta: La notificación de posibles donantes a las unidades de Coordinación de Procuramiento, es una obligación legal (dispuesto en el Título IV Artículo 21 de la Ley de Trasplantes vigente) y es una de las estrategias que contribuyen a elevar el universo de donantes, la cual, independiente de la negativa a la donación por parte de las familias, incrementará el número de donantes efectivos del país.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Liderazgo de la Subdirección Médica para priorizar el Proceso de Donación de Órganos en el establecimiento. Asignación de roles a las unidades que atienden pacientes considerados como Posibles Donantes Capacitación continua a la comunidad hospitalaria en el proceso de Donación de Órganos. 	

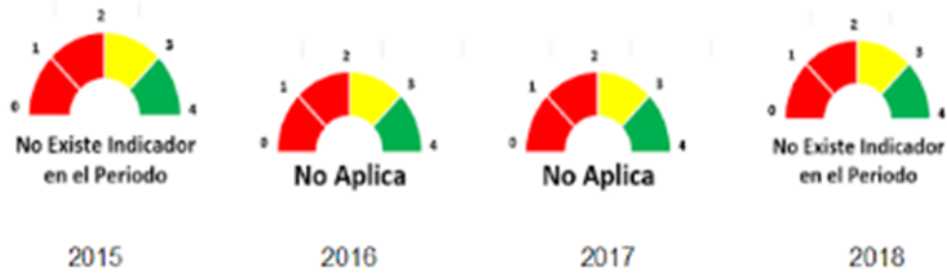
Puntuación	Aumento por sobre la línea base	% de Cumplimiento
0	$X < 0,0\%$	$X < 70,0\%$
1	$0,0\% \leq X < 10,0\%$	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
2	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
3	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	$90,0\% \leq X < 100,0\%$
4	$X \geq 30,0\%$	$X = 100,0\%$

Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos



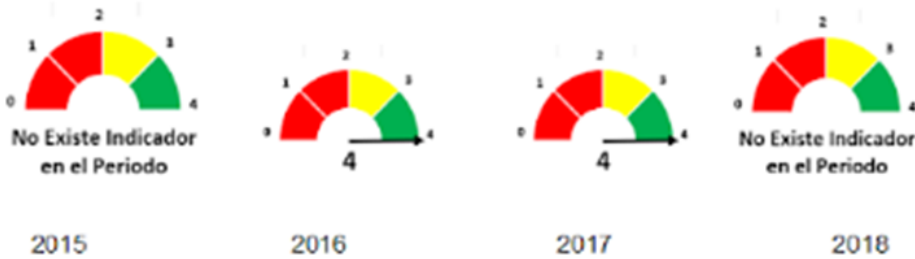
Hospital Luis Calvo Mackena - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos

8.32 Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado (C.2.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado (C.2.1)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Gestión Clínica	Objetivo: Generación de rutas y guías clínicas relevantes	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del registro consentimiento informado, según protocolo definido, el cual debe estar de acuerdo a lo estipulado en el manual de acreditación de calidad de prestadores institucionales. En el mismo protocolo se debe definir una pauta de cotejo, mediante la cual se realizará la medición.</p> <p>Se debe definir una muestra representativa a evaluar, según anexo 21. Tomando en cuenta el volumen de intervenciones en las que se debe aplicar el protocolo (Cirugía mayor, endoscopia, Imagenología intervencional, procedimientos hemodinámicos)</p> <p>Para considerar la pauta de cotejo aprobada, esta debe cumplir con todos los aspectos evaluados.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de intervenciones que cuentan con consentimiento informado de acuerdo a estándar de acreditación, según protocolo en el período/ Total de intervenciones que requieren consentimiento informado de acuerdo a estándar de acreditación en el mismo período) x 100</p>		
<p>Fuente de datos: Resolución de aprobación de protocolo de consentimiento informado y sus respectivas pautas de evaluación. Informe de resultados de las pautas de cotejo aplicadas, emitido por la Sub-Dirección Médica.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 90\%$	
<p>Razonamiento meta: La estandarización de los procedimientos clínicos, contribuye a aumentar la calidad y seguridad en la atención del paciente y al cumplimiento de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar monitoreo permanente del cumplimiento de Consentimiento informado. 2. El resultado debe ser analizado permanentemente por los servicios clínicos y en relación a sus resultados, implementar mejoras. 	

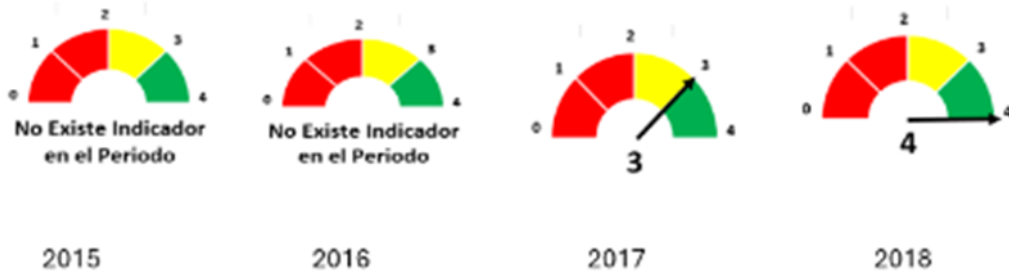
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 75,0\%$
1	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
2	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
3	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado



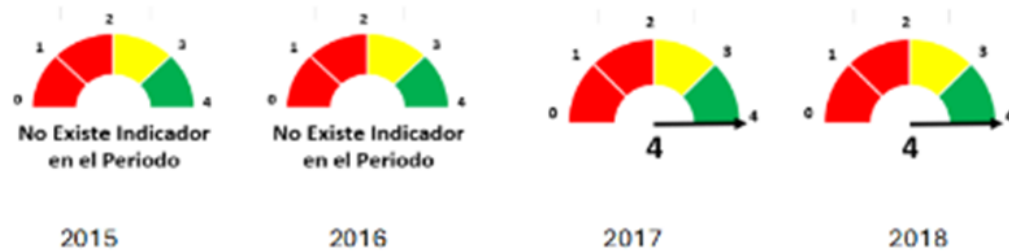
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de Cumplimiento del registro de Consentimiento Informado.**

Hospital Augusto Riffart



Indicador: **Porcentaje de Cumplimiento del registro de Consentimiento Informado.**

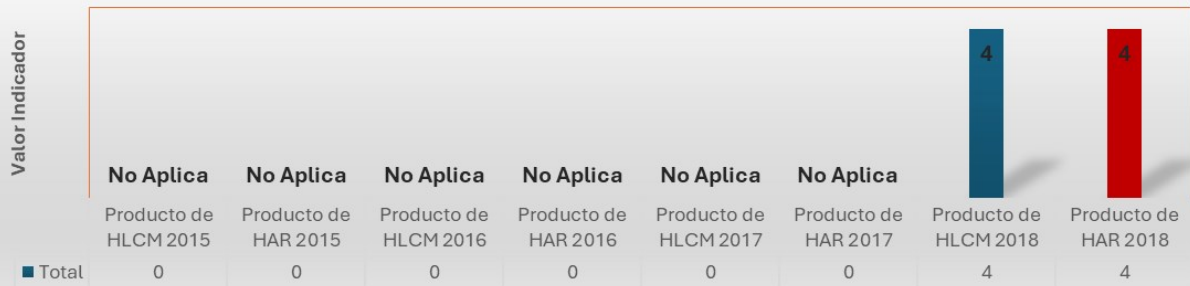
8.33.- Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH y UCIs (C.2.2)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos (C.2.2)	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Gestión Clínica	Objetivo: Generación de rutas y guías clínicas relevantes	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de notificación de Posibles Donantes que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) respecto al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 15 a 75 años, reportados en GRD.</p> <p>Se entenderá como Posible Donante a todo paciente con diagnóstico de ingreso neurológico grave a la UEH, considerado fuera de alcance neuroquirúrgico, de edad entre 15 a 75 años y Puntaje Glasgow de Ingreso ≤ 7 puntos.</p> <p>Este indicador sólo es aplicable a los establecimientos que conforman de la red de procuramiento nacional. Revisar anexo 22 para mayores detalles en la medición.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de Posibles Donantes, entre 15 a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento / Total de Egresos Fallecidos, por causa neurológica, entre 15 a 75 años, reportados en GRD) X 100</p>		
<p>Fuente de datos: Numerador: Estadísticas reportadas por Unidad de Coordinación Local de Procuramiento. Denominador: Reporte GRD.</p>		
Línea de base: Acumulada al año anterior.	Meta: 100% o aumento de 30 puntos porcentuales por sobre la línea base.	
<p>Razonamiento meta: La notificación de posibles donantes a las unidades de Coordinación de Procuramiento, es una obligación legal (dispuesto en el Título IV Artículo 21 de la Ley de Trasplantes vigente) y es una de las estrategias que contribuyen a elevar el universo de donantes, la cual, independiente de la negativa a la donación por parte de las familias, incrementará el número de donantes efectivos del país.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Liderazgo de la Subdirección Médica para priorizar el Proceso de Donación de Órganos en el establecimiento. Asignación de roles a las unidades que atienden pacientes considerados como Posibles Donantes Capacitación continua a la comunidad hospitalaria en el proceso de Donación de Órganos. 	

Puntuación	Aumento por sobre la línea base	% de Cumplimiento
0	$X < 0,0\%$	$X < 70,0\%$
1	$0,0\% \leq X < 10,0\%$	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
2	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
3	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	$90,0\% \leq X < 100,0\%$
4	$X \geq 30,0\%$	$X = 100,0\%$

62

Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH y UCIs



Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: **Porcentaje de notificación de posibles donantes de Órganos en UEH y UCIs**

Hospital Augusto Riffart



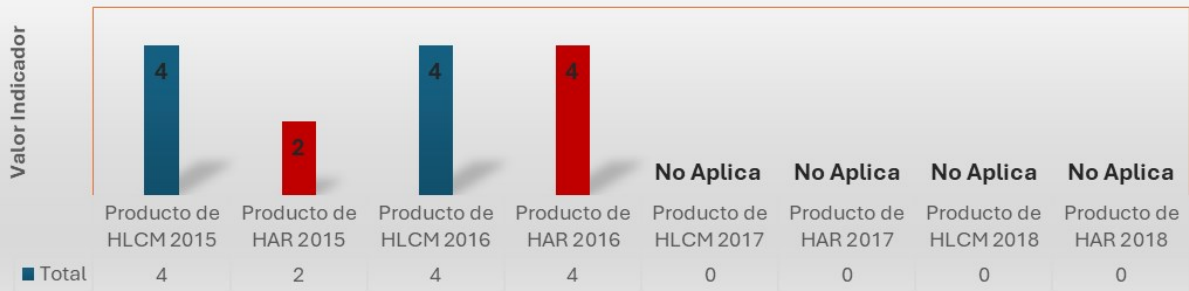
Indicador: **Porcentaje de notificación de posibles donantes de Órganos en UEH y UCIs**

8.34.- Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos (C.2.1)

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos (C.2.1)	Responsable: Subdirección Médica
Estrategia: Gestión clínica	Objetivo: Generación de rutas y guías clínicas relevantes	
<p>Descripción: Este indicador mide la ejecución de lo estipulado en los protocolos médicos, que han sido validados técnicamente y que están aprobados por la dirección del establecimiento. Esta medición se realizará mediante la aplicación de pautas de cotejo.</p> <p>Para esto, se debe seleccionar al menos dos de los protocolos médicos elaborados con anterioridad y que estén vigentes para el año en curso y construir una pauta de cotejo, que mida los aspectos más importantes y/o críticos del respectivo protocolo.</p> <p>Se debe definir una muestra representativa a evaluar, tomando en cuenta el volumen de los procedimientos realizados en el mes. El error muestral debe ser de hasta un 10% y el valor esperado 80% (Meta). Se recomienda usar calculadora muestral del sistema (SIS-Q).</p> <p>Para considerar la pauta de cotejo aprobada, debe cumplir con todos los aspectos evaluados.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: N° de pautas de cotejo de protocolos médicos que cumplen con un 100% de los aspectos evaluados en el mes / N° total de pautas de cotejo de protocolos médicos aplicadas en el mes x 100		
Fuente de datos: Protocolos médicos implementados e informe de resultados de las pautas de cotejo aplicadas, emitido por la subdirección médica		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 80\%$	
Razonamiento meta: La estandarización de los procedimientos clínicos, contribuye a aumentar la calidad y seguridad en la atención del paciente.		
Iniciativas:	1. El resultado debe ser analizado y en relación a desviaciones, realizar medidas correctivas.	
	2. Tener un sistema permanente de evaluación de procedimientos médicos.	

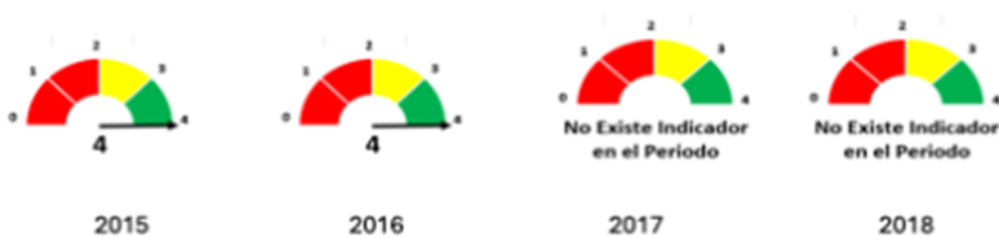
Puntuación	% de cumplimiento
0	$X < 65,0\%$
1	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
3	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$

Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos



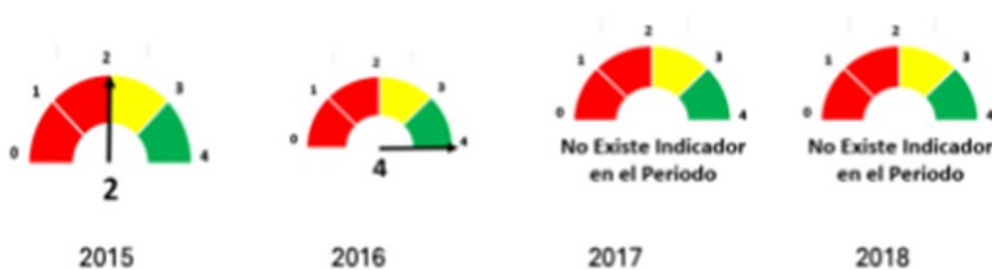
Hospital Luis Calvo Mackenna - (HLCM)
Hospital Augusto Riffart - (HAR)

Hospital Luis Calvo Mackenna



Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos

Hospital Augusto Riffart



Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos

Anexo N°9: Resultados Generales de Encuestas aplicadas a Directivos y Jefaturas de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart

Ítem Evaluado	HLCM	HAR
1.- Evaluación de la gestión del BSC dentro de la organización	<ul style="list-style-type: none"> - Herramienta poco conocida o utilizada por los que alimentan indicadores o sistemas de información. - Se recibe y analiza la información, pero no hay claridad del por qué llevar ciertos indicadores o la importancia de estos. - Se ve como un aporte dentro de la gestión mejorando los lineamientos y los procesos para alcanzar objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción constante que el BSC no es una herramienta ampliamente difundida ni generalizada en el ámbito organizacional de la institución ni el servicio. No todos los servicios conocen la herramienta, pero sí tienen control de gestión. - El instrumento BSC es utilizado en el Hospital de Castro a través de SIS-Q y en la planificación estratégica. Mediante ella se puede proponer y ejecutar iniciativas, en pos del logro de las metas. - Es una herramienta estandarizada para todos los EAR.
2.- Estrategias que ocupa para el uso eficiente de los recursos de acuerdo con el área consultada	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación entre equipos para aumentar el rendimiento de estos. - Creación de sistema propio SAM para monitorear gestión financiera. - Buena comunicación y coordinación entre el equipo multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> - En servicios de urgencia ampliación área para observación de pacientes, para reducir tiempos de espera, junto a mayor cantidad de personal médico por turnos. - Reducir la suspensión de intervenciones quirúrgicas con revisiones semanales de nodos críticos. - Habilitación de "sala de descarga" en Servicio de Urgencia con el fin de ubicar pacientes que requieren una mayor observación y así habilitar los demás box para continuar la atención de usuarios. - Tener un responsable para subir la información SISCO para que los directivos que toman las decisiones, principalmente en gestión clínica de nuestra Institución, puedan visualizar, analizar, controlar y corregir las desviaciones de costeo de los procesos críticos y de los Excesos de Estancias Superiores Outliers.
3.- Posibles Ventajas y Desventajas, en la aplicación de BSC como herramienta de Gestión dentro de su Organización	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualización de los indicadores, encontrar su causa para mejorar eficiencia en la utilización de los recursos. - Aumento de productividad, mayor satisfacción de funcionarios y disminución de los tiempos de atención. - Mejora en la comunicación en el equipo lo que permite cumplimiento de metas y objetivos <p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que no todos los actores quieran participar en la mejora de indicadores o que no existe una adecuada comunicación entre ellos. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alinea a la organización y sirve como un instrumento para ir midiendo los avances de los objetivos planteados. - Al ser una herramienta estandarizada permite poder medirse con otros centros de similares condiciones, y evaluar la gestión interna, de esta forma distribuir los esfuerzos, recursos humanos y económicos según vaya requiriendo cada unidad o servicio. <p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> - BSC al parecer no pondera relevancia real de algunos indicadores en la gestión y la poca difusión de dicha herramienta lo que tiende a disipar la potencial utilidad real. - Requiere experticia en la generación de los indicadores, dado que podemos tener excelentes indicadores, pero un desempeño deficiente de la organización o viceversa. - El indicador en cuestión es extremadamente rígido y no permite correcciones posteriores, ni explicaciones o argumentaciones. - Herramienta no conocida por muchos referentes de los propios indicadores y tampoco tenemos acceso a la plataforma.
4.- Recomendaciones para una mejora continua de la herramienta de gestión BSC	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación sobre la herramienta, que todos usen un lenguaje común. - Que sea una herramienta más flexible, dado que cada hospital tiene una realidad distinta y las variables inciden mucho en el indicador. - Entrevistas no solo a jefaturas sino a todos los funcionarios, ya que son los que ayudan al cumplimiento de objetivos e indicadores. - Definir necesidades y prioridades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difundir la herramienta y capacitar respecto al uso correcto de ella. - Que el BSC esté liderado por la Dirección del Establecimiento y por equipo directivo; debe ser monitoreado frecuentemente y difundido en toda la organización. - BSC Debe estar acompañado con mejoras continuas, ajustes post objetivos y con un manejo de recursos humanos y financieros eficientes. - Establecer directrices y metodología de trabajo sobre los reportes e indicadores

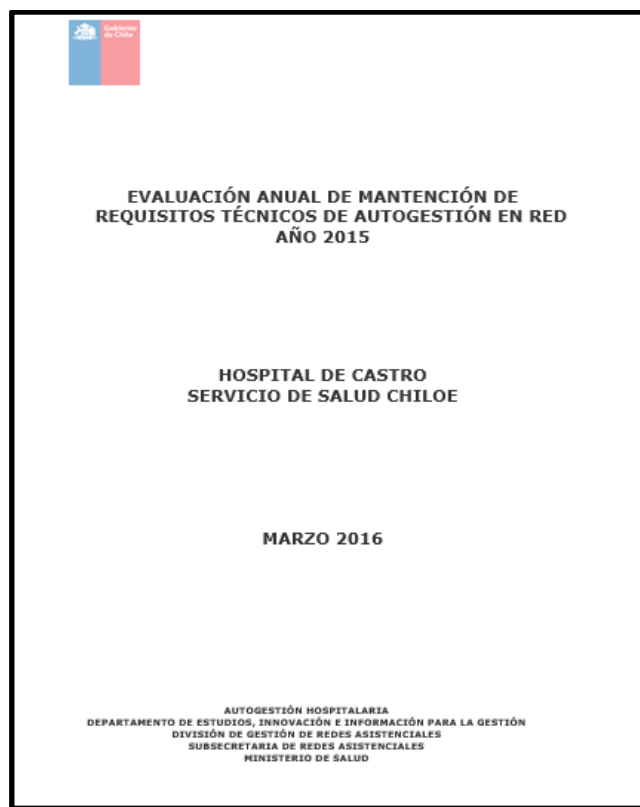
Anexo N°10: Resultados Generales de Entrevistas aplicadas a Jefaturas Intermedias de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart

Preguntas	HLCM			HAR	
	Entrevistado: CR Unidad de Paciente Crítico	Entrevistado: CR Urgencias	Entrevistado: Jefe CR Pabellón	Entrevistado: Jefe de Auditoría	Entrevistado: Jefe Médico Quirúrgico
Conocimiento de la herramienta BSC (Balanced Scorecard)	Si	Si	Si	Si	Si
Entrega de indicadores y metas	Si	Si	Si	Si	Si
Ejemplos de indicadores y metas	El hospital sigue trabajando en las metas del período anterior mientras se espera la comunicación de las metas del año en curso.	Indicadores sobre categorización TRIAGE, indicadores que se mide por calidad (entrega de epicrisis, pagos).		Indicadores anuales del Consejo de Auditoría Interna General de gobierno, por ejemplo, auditoría de compras, de pronto pago, de riesgo, de control interno.	Indicadores de calidad (no particularmente BSC): lesión por presión, caídas, identificación de pacientes, administración segura de medicamentos, mantención de catéter venoso periférico y entrega de informes al alta hospitalaria.
Recepción de feedback sobre resultados	Sí, trimestral	Sí, mensual y trimestral	Sí, mensual	Sí, mensual	No
Acciones con la información recibida	Se implementan planes de mejora en los servicios clínicos, incluyendo capacitación inicial y continua del personal y supervisión directa.	Evaluación del cumplimiento de las metas, y mantención de los buenos resultados. Implementamos estrategias de gestión. Realización de ajustes que mejoran la precisión de los registros y el cumplimiento de los indicadores.	Análisis interno y con el CR de cirugía.	Se va ajustando el plan anual de Auditoría en la institución.	Se realiza junto al equipo planes de intervención o mejora, de acuerdo con los resultados obtenidos.
Acompañamiento del equipo directivo	Sí (específico para Enfermería y área médica)	Sí	Sí	Si	No
Compartición de resultados con el equipo	Sí Frecuencia: Mensual (Enfermería), Semestral (equipo médico)	Sí, bimestral y Semestral	Sí	Si, mensual	Si, semestral

Anexo N°11: Resultados Generales de Entrevistas aplicadas a Directivos de los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y Dr. Augusto Riffart

Ítem Evaluado	HLCM			HAR
	Subdirector de Control de Gestión	Subdirector Médico (SDM)	Subdirector Administrativo (SDA)	Jefe Control de Gestión y Desarrollo
Herramientas de planificación estratégica	Herramientas propias: -Planificación estratégica intema 2021-2024 -Evaluaciones cuatrimestrales sobre un mix de indicadores. - Los COMGES son consistentes con las métricas del MINSAL	Herramientas propias: - Utilizan indicadores no EAR para diferentes unidades basados en metas anuales. - Planificación estratégica a 4 años con evaluaciones anuales.	Herramientas propias: - Planificación estratégica institucional con planes de acción internos. - Evaluaciones de cumplimiento trimestrales.	Herramientas propias: Sí, el cual incorpora todas las evaluaciones a las que está sometido el establecimiento, por ejemplo, EAR, COMGES, MS, etc.
Panel de Control de Gestión	- Usa el sistema SIS-Q junto con Excel. - Indicadores alertan sobre problemas (amarillo-rojo) y permiten actuar proactivamente.	- Reportes mensuales y un panel más amplio que incluye la subdirección clínica. - Revisiones periódicas que ajustan planes de acción.	- Panel de control asociado a un plan de acción con objetivos estratégicos. - Monitorización mensual, trimestral o semestral.	-Tenemos un panel de control de gestión, pero no es un panel propio, nos basamos en el SIS-Q. -Los indicadores son fijados de acuerdo con los lineamientos del Cuadro de Mando Integral.
Fijación y Revisión de Indicadores	Proceso estructurado: Sí - SIS-Q, alerta sobre problemas y permite modificaciones. - Revisiones mensuales con reportes específicos en caso de desviaciones.	Proceso estructurado: Sí - Indicadores se revisan con la periodicidad requerida. - Análisis y ajustes en reuniones directivas y con jefaturas de CR.	Proceso estructurado: Sí - Plan de acción con responsables y fechas de inicio y fin - Evaluaciones trimestrales y seguimiento detallado con cada unidad	Proceso estructurado: No -No revisamos como equipo directivo este panel de control de gestión
Comunicación y Responsabilización	-Informe mensual con indicadores enviados por correo y discutidos en reuniones.	- Infomes y reuniones con jefes de CR. - Compromisos anuales revisados conjuntamente.	- Consolidación de indicadores en Excel y reuniones detalladas con cada jefatura. - Evaluación del rendimiento y ajustes de indicadores.	-Entrega de resultados a jefaturas intermedias con una frecuencia muy espaciada, nunca o casi nunca. -No se responsabiliza a las jefaturas intermedias por los resultados. -La entrega de información se realiza presencialmente, individualmente o a través de los Consejos Directivos.
Acciones Correctivas	Proceso integral: Sí - Análisis de indicadores en riesgo y medidas para mejorar. - Proyecciones para recuperación de indicadores afectados.	Proceso integral: Sí - Análisis de indicadores problemáticos y preparación de respuestas. - Acciones conjuntas con jefaturas para mejorar indicadores.	Proceso integral: Sí - Reuniones específicas para analizar causas y buscar soluciones. - Formación de mesas de trabajo si el problema es complejo.	Proceso integral: No -No hay una organización en cuanto a formalizar reuniones cada cierto tiempo.

Anexo N°12: Evaluación Anual de Mantenición e Requisitos Técnicos de Autogestión en Red, año 2015 - Datos de Indicador “Gestión de Pago Oportuno de Facturas”



10.4: Revisión datos Indicador A.3.2: Gestión de Pago Oportuno de Facturas

Carrizoso	N° de Factura	Fecha de recepción en el EAR	Unidad receptora	Unidad Receptora definida en Resolución (Si/No)	N° de días transcurridos entre fechas de:		
					Recepción en el EAR y recepción conforme	Recepción conforme y devengo	Devengo y pago
1	234763	08/05/2015	Abastecimiento	SI	3	2	82
2	1763	22/06/2015	Abastecimiento	SI	0	2	68
3	11455	10/06/2015	Abastecimiento	SI	1	5	76
4	39169	08/07/2015	Abastecimiento	SI	1	5	78
5	382031	10/09/2015	Abastecimiento	SI	18	0	33
6	9061	09/09/2015	Abastecimiento	SI	2	0	50
7	11466	19/08/2015	Abastecimiento	SI	1	8	64
8	121216	12/08/2015	Abastecimiento	SI	1	14	65
9	57695	24/07/2015	Abastecimiento	SI	6	0	93
10	615908	24/11/2015	Abastecimiento	SI	0	3	3
11	619259	19/10/2015	Abastecimiento	SI	0	2	40
12	62538	08/10/2015	Abastecimiento	SI	1	0	52
13	35728	29/09/2015	Abastecimiento	SI	0	0	62
14	61243	14/09/2015	Abastecimiento	SI	0	1	76
15	40759	05/11/2015	Abastecimiento	SI	0	10	48
16	10653	11/11/2015	Abastecimiento	SI	12	5	33
17	64175	23/11/2015	Abastecimiento	SI	5	2	31
18	15772	17/12/2015	Abastecimiento	SI	4	9	1
19	22768	10/11/2015	Abastecimiento	SI	1	9	41
20	296335	29/07/2015	Abastecimiento	SI	0	0	2

Anexo N°13: Cronograma Proyecto de Grado - Formato Carta Gantt

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	PRINCIPAL ESTUDIANTE ANTE RESPONSABLE	MES 1				PRIMERA ENTREGA	MES 2				MES 3				SEGUNDA ENTREGA	MES 4				TERCERA ENTREGA
				09.03.2024				03.05.2024				07.06.24										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
Analizar el desempeño del Balanced Scorecard (BSC) en el cumplimiento global y en detalle en la perspectiva de los procesos internos y de su proceso de implementación y seguimiento de ambos establecimientos Autogestionados en Red (EAR), los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna y el	1. Analizar el comportamiento del BSC de los EAR Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart, de acuerdo al cumplimiento global de la herramienta de gestión, en el período 2015-2018.	1.Reuniones programadas 1 vez a la semana para conocer al grupo y decidir líneas generales	Todos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		2. Entrevistas a profesionales de Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital de Castro					X														X	

Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart, en el período 2015-2018.		3.-recolección de la Información									X								
		4.- Procesamiento de Datos										X							
	2.Analizar los datos de cumplimiento de indicadores de gestión desde la perspectiva de procesos internos del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna en el período 2015-2018	Revisión y análisis de datos e indicadores, periodos 2015-2018, de procesos internos Hospital Luis calvo Mackenna y Hospital de Castro	Todos										X	X					
		Análisis de los factores diferenciales que actúan en ambos																x	x

	hospitales para dar resultados homogéneos o dispares																			
	Diseño, aplicación y análisis de formularios de entrevistas											x	x	x						
3.Analizar los datos de cumplimiento de indicadores de gestión desde la perspectiva de procesos internos del Hospital de Castro Dr. Augusto Riffart, en el periodo 2015-2018.	Revisión y análisis de datos e indicadores, periodos 2015-2018, de procesos internos Hospital Luis calvo Mackenna y Hospital de Castro	Todos							x	x	x	x								
	Análisis de los factores													x	x	x				

		diferenciales que actúan en ambos hospitales para dar resultados homogéneos o dispares																		
		Diseño, aplicación y análisis de formularios de entrevistas .										x	x	x						

	3. Comparar los datos de cumplimiento de indicadores de gestión desde la perspectiva de procesos internos del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y	1.- crear planilla Excel	Todos											X	X					
		Cruzar datos, para su comparación y ver grados de cumplimiento de cada Hospital	Todos														X	X		

Anexo N°14: Matrix Resumen Indicadores de Procesos Internos, BSC para EAR, hospitales HLCM y HAR, período 2015-2018

Nº	Indicadores de Procesos Internos																			
	2015				2016				2017				2018							
	INDICADORES	RESPONSABLE	ESTRATEGIA	OBJETIVO	Producto de % Indicador Hospital Luis Calvo Mackenna	Producto de % Indicador Hospital Dr. Augusto Riffart	RESPONSABLE	ESTRATEGIA	OBJETIVO	Producto de % Indicador Hospital Luis Calvo Mackenna	Producto de % Indicador Hospital Dr. Augusto Riffart	RESPONSABLE	ESTRATEGIA	OBJETIVO	Producto de % Indicador Hospital Luis Calvo Mackenna	Producto de % Indicador Hospital Dr. Augusto Riffart				
1	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Encargado Servicio de Urgencia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4	Encargado Servicio de Urgencia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4	-	-	-	-	-				
2	Oportunidad de Hospitalización para Pacientes de UHII	Gerente de Pacientes y Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4	Gerente de Pacientes y Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4	-	-	-	-	-				
3	Porcentaje de Cirujas Mayor Ambulatorio en pacientes Mayores de 65 años	Encargado Área Quirúrgica	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	NA	0	Encargado Área Quirúrgica	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	NA	4	-	-	-	-	-				
4	Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría	Jefes de Áreas Auditadas	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
5	Porcentaje de Cumplimiento de las Hojas de Cotejo de los Protocolos Médicos	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	4	2	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	4	4	-	-	-	-	-				
6	Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación	Dirección del Establecimiento	Excelencia de la Atención	Equipos de calidad conformados	4	2	Dirección del Establecimiento	Excelencia de la Atención	Equipos de calidad conformados	4	4	-	-	-	-	-				
7	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría	Encargado de Auditoría	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	4	Encargado de Auditoría	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	4	Encargado de Auditoría	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	4				
8	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Uparturo	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	3	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	3	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	3				
9	Porcentaje de Devengamiento oportuno de Facturas	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	NA	NA	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	0	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	1				
10	Porcentaje de Uñas Lame Usadas por Paciente con Nivel de Riesgo Dependiente DZ III	Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4	Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4	-	-	-	-	-				
11	Porcentaje de Uso del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	0	4	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	0	4				
12	Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
13	Porcentaje de Implementación Dosis Clara	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	-	-	-	-	-				
14	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspensibles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
15	Porcentaje de Prestaciones Costeadas	Encargado de Finanzas	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4	Encargado de Finanzas	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4	-	-	-	-	-				
16	Porcentaje del Uso del Arsenal Farmacológico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
17	Porcentaje de días de Hospitalización Prequirúrgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
18	Rendimiento de las Horas Contratadas	Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4	Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	0	0	Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	0	4				
19	Rotación de Inventario de Dispositivos Médicos (IM)	Encargado de Abastecimiento de Dispositivos Médicos (IM)	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	Encargado de Abastecimiento de Dispositivos Médicos (IM)	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	-	-	-	-	-				
20	Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	NA	4	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	NA	4	-	-	-	-	-				
21	Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	Encargado de Equipos Médicos	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	Encargado de Equipos Médicos	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	Encargado de Equipos Médicos	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4				
22	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspensibles	Encargado Pabellón Quirúrgico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4	Encargado Pabellón Quirúrgico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4	Encargado Pabellón Quirúrgico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4				
23	Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4	Encargado de Farmacia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	4	4				
24	Porcentaje de Días de Hospitalización Prequirúrgica	Encargado Área Quirúrgica	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	3	Encargado Área Quirúrgica	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	0	Encargado Área Quirúrgica	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	NA	4				
25	Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (IM)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
26	Porcentaje de Compromisos Suscritos o Implementados, producto de una Auditoría	Jefes de Áreas Auditadas	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	4	Jefes de Áreas Auditadas	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	4	Jefes de Áreas Auditadas	Excelencia de la Atención	Fortalecer procesos de calidad	4	3				
27	Porcentaje de Ambulancias de Cirujas Mayores Ambulatorios, Transables	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
28	Porcentaje de Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Encargado Servicio de Urgencia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4	Encargado Servicio de Urgencia	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4
29	Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Continuas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4	-	-	-	-	
30	Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	4	4	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	4	4
31	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Dirección del Establecimiento	Excelencia de la Atención	Equipos de calidad conformados	4	4	-	-	-	-	
32	Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UHII para acceder a una cama de internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Gerente de Pacientes o Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4	-	-	-	-	
33	Sistema de Control y Particiones Controladas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Encargado de Finanzas	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4	Encargado de Finanzas	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4
34	Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependiente DZ D3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35	Porcentaje de Autorización de Consumo de Medicamentos de Uso Ocasional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
36	Porcentaje de cumplimiento del proceso de registro, devengamiento y seguimiento de licencias médicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Subdirector Administrativo	Sostenibilidad Financiera	Control de procesos financieros críticos	4	4
37	Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UHII y UHIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Subdirector Médico	Gestión Clínica	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	4	4
38	Varianza de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UHII para acceder a una cama de internación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Gerente de Pacientes o Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	4	4
39	Porcentaje de Pacientes con Nivel de Riesgo Dependiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Subdirector Médico	Eficiencia Operacional	Usar de manera eficiente los recursos	4	4