



UNIVERSIDAD DEL BIOBIO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESCUELA DE INGENIERÍA COMERCIAL

“Sustentabilidad Financiera y Excelencia de la Atención en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena”

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO COMERCIAL

Nombre:

Mónica Andrea Villablanca Elgueta

Profesor Guía:

Srta. Carolina Leyton Pavez

Chillán, Marzo 2014



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESCUELA INGENIERÍA COMERCIAL

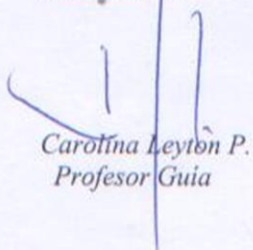
Chillán, Marzo 13 de 2014.


Informe: Memoria de Título

En relación a la evaluación de la Memoria para optar al Título de Ingeniero Comercial, denominada "*SUSTENTABILIDAD FINANCIERA Y EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS DE MAYOR COMPLEJIDAD DE LA SALUD PÚBLICA*" de la alumna Mónica Villablanca Elgueta.

Teniendo en cuenta las exigencias de la Carrera de Ingeniería Comercial y en especial las referidas a la actividad de titulación, la comisión de examinación califica el presente informe con 6.8 puntos (escala de 1 a 7).

Atentamente,


Carolina Leytón P.
Profesor Guía


Alex Medina G.
Profesor Informante


Omar Acuña M.
Director de Escuela

CC. - Director de Escuela Ingeniería Comercial
- Alumnos(as)
- Archivo

AGRADECIMIENTOS

Finaliza una de las etapas más importantes de mi vida y con ella, a su vez, comienzan nuevos retos y logros que alcanzar.

El sacrificio realizado durante estos cinco años de estudio cimienta hoy mi futuro profesional y se condecora con el esfuerzo realizado por demostrar todos los conocimientos adquiridos a través de la presente memoria de título.

Es de mi especial interés agradecer a todos quienes me apoyaron en este proceso:

A mi familia, que me enseñó a luchar por lo que me proponía y nunca dejar caer los brazos, enseñándome a ser una mejor persona.

A mis amigos, que gracias a ellos logré sentirme fuerte y capaz de derrotar cualquier barrera. Por su apoyo incondicional en todo momento.

A los docentes, que a lo largo de mi estancia en las dependencias estudiantiles lograron plasmar en mí la necesidad de ser una mejor profesional. En especial a la Srta. Carolina Leyton P., profesora guía de mi memoria de título, por su entera confianza en mis capacidades como estudiante para sacar adelante el presente estudio.

Finalmente, quisiera agradecer a mi pareja, Rodrigo Cares G., por su paciencia y comprensión, por sacrificar su tiempo para yo cumplir con los míos. Por su amor y apoyo incondicional en todo momento a lo largo de esta compleja etapa.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron dispuesta a brindarme todo su apoyo, ahora es momento de regresar parte de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño, esta tesis se las dedico a ustedes.

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo principal de esta investigación es identificar la relación entre la sustentabilidad financiera en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena con los resultados de excelencia en la atención.

El cumplimiento de dicho objetivo sienta sus bases en dos ramas principales: una descripción teórica y un análisis estadístico, buscando entender a cabalidad los conceptos que se están estudiando; finalizando en la relación estadística de las variables. A partir de esos dos ejes se generan argumentos claves que dan respuesta a la investigación. Es importante destacar que para efectos de obtención de información, se recurre al Cuadro de Mando Integral que el Ministerio de Salud ha conformado como una medida evaluativa y de control de las instituciones de la salud.

El estudio estadístico se compone de tres metodologías para abordar la información: análisis univariado, que permite determinar el comportamiento tendencial de cada uno de los indicadores que componen las estrategias; análisis bivariado, que permite establecer asociaciones entre indicadores y variables relevantes de analizar para entender el funcionamiento de los establecimientos autogestionados en Chile; y finalmente el análisis multivariado, a través del cual se utiliza la técnica de análisis factorial confirmatorio, dando respuesta al objetivo general y principal de la investigación.

Los resultados que la presente investigación arroja indican que mejoras en los resultados de la estrategia de sustentabilidad financiera no se traducen en mejoras en los resultados de excelencia de la atención. Vale decir, no hay una canalización entre una mejor gestión de los recursos financieros con que cuenta el establecimiento y la entrega de un servicio de excelencia.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN EJECUTIVO	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	8
ÍNDICE DE TABLAS	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.1 ANTECEDENTES GENERALES	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD	21
2.1.1 ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD	23
2.1.2 RED ASISTENCIAL	23
2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS	25
2.2 ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN CHILE	26
2.2.1 NATURALEZA JURÍDICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED	32
2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED	32
2.2.3 REQUISITOS PARA CONFORMAR UN ESTABLECIMIENTO DE AUTOGESTIÓN EN RED	35
2.2.4 OBLIGACIONES BÁSICAS DEL ESTABLECIMIENTO AUTOGESTIONADO EN RED	37
2.2.5 DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE AUTOGESTIÓN EN RED	38
2.2.6 EVALUACIÓN E INCENTIVOS DE UN ESTABLECIMIENTO AUTOGESTIONADO EN RED	40
2.2.7 EVALUACIÓN SOCIAL DE UN ESTABLECIMIENTO AUTOGESTIONADO EN RED	41
2.3 ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA	42
2.3.1 ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO	44
2.3.2 ELABORACIÓN DE PRESUPUESTOS	45
2.3.3 SATISFACCIÓN USUARIA EN SALUD	48
2.4 EL CONTROL DE GESTIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS	49
2.4.1 EL CONTROL DE GESTIÓN	50
2.4.2 CONTROL DE GESTIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS	51

2.4.3	SISTEMAS DE EVALUACIÓN	53
2.4.4	ROLES A CUMPLIR POR LOS PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN	55
2.4.5	MECANISMO DE EVALUACIÓN	57
2.4.6	CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN EL SECTOR PÚBLICO	58
2.4.7	MAPA ESTRATÉGICO EN UN ESTABLECIMIENTO AUTOGESTIONADO EN RED	61

CAPÍTULO III: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA **69**

3.1	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	69
3.1.1	OBJETIVO GENERAL	69
3.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	70
3.3	RECOLECCIÓN DE DATOS	71
3.3.1	DATOS PRIMARIOS	71
3.3.2	DATOS SECUNDARIOS	72
3.4	TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	72
3.5	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	73
3.5.1	ANÁLISIS MULTIVARIADO DE DATOS: ANÁLISIS FACTORIAL	73

CAPÍTULO IV: INDICADORES Y VARIABLES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL **77**

4.1	DEFINICIÓN TÉCNICA, SISTEMA DE PUNTAJE Y METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	77
4.1.1	ESTRATEGIA DE SUSTENTABILIDAD FINANCIERA	78
4.1.2	ESTRATEGIA DE EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN	89
4.2	DEFINICIÓN TÉCNICA DE LAS VARIABLES QUE COMPONEN LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	97
4.2.1	INDICADOR: NÚMERO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN OPERACIÓN Y USO	97
4.2.2	INDICADOR: PORCENTAJE DE COBERTURA DE EGRESOS CODIFICADOS POR GRD	100
4.2.3	INDICADOR: USO DE WINSIG SEGÚN REQUERIMIENTO MINSAL	100
4.2.4	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COMPRA SEGÚN LA LEY 19.886, SOBRE COMPRAS PÚBLICAS	101
4.2.5	INDICADOR: PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA DEUDA	101
4.2.6	INDICADOR: PORCENTAJE DE PRESTACIONES COSTEADAS	101
4.2.7	INDICADOR: EQUILIBRIO FINANCIERO	102
4.2.8	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PAGO OPORTUNO A PROVEEDORES	102
4.2.9	INDICADOR: PORCENTAJE DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS PROPIOS	102
4.2.10	INDICADOR: PORCENTAJE DE INCREMENTO DE LOS EGRESOS DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD EXCESIVAMENTE PROLONGADA	102
4.2.11	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD AUGE	103
4.2.12	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	103

4.2.13	INDICADOR: UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	103
4.2.14	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍA	103
4.2.15	INDICADOR: PORCENTAJE DE PLANES DE MEJORA IMPLEMENTADOS, GENERADOS COMO PRODUCTO DE UNA AUDITORÍA	104
4.2.16	INDICADOR: PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PLANIFICADAS	104
4.2.17	INDICADOR: TASA DE PACIENTES CON ULCERAS O LESIONES POR PRESIÓN	104
4.2.18	INDICADOR: PORCENTAJE DE BROTES DE IAAS QUE CUENTEN CON INFORME FINAL	105
4.2.19	INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PARA CERTIFICAR COMO HOSPITAL AMIGO	105
4.2.20	INDICADOR: PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN USUARIA EN URGENCIA Y POLICLÍNICOS	106

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS **108**

5.1	ANÁLISIS UNIVARIADO	109
5.1.1	NÚMERO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN OPERACIÓN Y USO	111
5.1.2	PORCENTAJE DE COBERTURA DE EGRESOS CODIFICADOS POR GRD	112
5.1.3	USO DE WINSIG SEGÚN REQUERIMIENTO MINSAL	113
5.1.4	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COMPRA SEGÚN LA LEY 19.886, SOBRE COMPRAS PÚBLICAS	114
5.1.5	PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA DEUDA	116
5.1.6	PORCENTAJE DE PRESTACIONES COSTEADAS	118
5.1.7	EQUILIBRIO FINANCIERO	120
5.1.8	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PAGO OPORTUNO A PROVEEDORES	121
5.1.9	PORCENTAJE DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS PROPIOS	123
5.1.10	PORCENTAJE DE INCREMENTO DE LOS EGRESOS DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTA DE NUEVA ESPECIALIDAD EXCESIVAMENTE PROLONGADA	125
5.1.11	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD AUGE	126
5.1.12	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	127
5.1.13	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	128
5.1.14	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTOS DEL PLAN DE AUDITORÍA	130
5.1.15	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORA IMPLEMENTADOS, GENERADOS COMO PRODUCTO DE UNA AUDITORÍA	132
5.1.16	PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PLANIFICADAS	133
5.1.17	TASA DE PACIENTES CON ULCERAS O LESIONES POR PRESIÓN	135
5.1.18	PORCENTAJE DE BROTES DE IAAS QUE CUENTAN CON INFORME FINAL	137
5.1.19	CUMPLIMIENTOS DE LAS MEDIDAS PARA CERTIFICAR COMO HOSPITAL AMIGO	138
5.1.20	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN USUARIA EN URGENCIA Y POLICLÍNICOS	140
5.2	ANÁLISIS BIVARIADO	142
5.2.1	VARIABLES DE ANÁLISIS	143
5.2.2	RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DE UN ESTABLECIMIENTO AUTOGESTIONADO Y EL PRESUPUESTO ASIGNADO.	144

5.2.3 RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO Y PRESUPUESTO ASIGNADO A UN EAR Y EL EQUILIBRIO FINANCIERO ALCANZADO.	145
5.2.4 RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO Y PRESUPUESTO ASIGNADO A UN EAR Y EL NIVEL DE DEUDA EN EL PERIODO.	146
5.2.5 RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO Y PRESUPUESTO ASIGNADO A UN EAR Y EL PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN USUARIA EN URGENCIA Y POLICLÍNICOS.	148
5.2.6 RELACIÓN ENTRE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS MENSUALES DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA V/S REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADAS EN EL MES.	150
5.3 ANÁLISIS MULTIVARIADO: ANÁLISIS FACTORIAL	152
5.3.1 OBJETIVO DEL ANÁLISIS FACTORIAL	153
5.3.2 SUPUESTOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL	153
5.3.3 ANÁLISIS DE FACTORES COMPONENTES	157
5.3.4 DERIVACIÓN DE LOS FACTORES Y VALORACIÓN DEL AJUSTE GLOBAL	157
5.3.5 INTERPRETACIÓN DE LOS FACTORES	158
5.3.6 DENOMINACIÓN DE LOS FACTORES	159
5.3.7 RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES	160
5.4 CONCLUSIÓN ANÁLISIS DE RESULTADOS	162
CONCLUSIONES	166
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	168
<hr/>	
ANEXOS	173
<hr/>	
ANEXO N°1: INDICADORES Y VARIABLES QUE CONFORMAN LAS ESTRATEGIAS DE EFICIENCIA OPERACIONAL Y GESTIÓN CLÍNICA, DEL CMI DE LOS EAR EN CHILE.	173
ANEXO N°2: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA	209
ANEXO N°3: CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS CON SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN USO.	210
ANEXO N°4: TABLA EGRESOS CODIFICADOS GRD/ EGRESOS DEL ESTABLECIMIENTO EN MES DE EVALUACIÓN.	211
ANEXO N°5: TABLA COMPRAS EFECTUADAS A TRAVÉS DE MERCADO PÚBLICO Y CENABAST.	212
ANEXO N°6: TABLA MONTO DEUDA TOTAL EN EL PERIODO N.	212
ANEXO N°7: TABLA PRESTACIONES COSTEADAS/ OTORGADAS EN EL MES.	213
ANEXO N°8: TABLA GASTOS TOTALES DEVENGADOS/ INGRESOS TOTALES DEVENGADOS EN EL MES.	213
ANEXO N°9: TABLA MONTO DE FACTURAS PAGADAS DENTRO DE 60 DÍAS/ MONTO TOTAL DE FACTURAS PAGADAS EN EL MES.	214
ANEXO N°10: TABLA RECAUDACIONES DE INGRESOS PROPIOS EN EL MES.	214
ANEXO N°11: TABLA NÚMERO DE EGRESOS DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTA DE NUEVA ESPECIALIDAD CON MÁS DE 120 DÍAS AL CIERRE DE CADA MES	215
ANEXO N°12: TABLA EGRESOS MENSUALES DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.	215
ANEXO N°13: TABLA EXISTE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	216

ANEXO N°14: TABLA NÚMERO DE AUDITORÍAS REALIZADAS/ PROGRAMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO.	216
ANEXO N°15: TABLA PLANES DE MEJORA IMPLEMENTADOS/VENCIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO EN EL MES.	217
ANEXO N°16: TABLA REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PLANIFICADAS.	217
ANEXO N°17 : TABLA PACIENTES CON ÚLCERAS O LESIONES POR PRESIÓN.	218
ANEXO N°18 : TABLA BROTES IAAS QUE CUENTAN CON INFORME FINAL.	218
ANEXO N°19 : TABLA MEDIDAS PARA CERTIFICAR COMO HOSPITAL AMIGO.	219
ANEXO N°20 : TABLA SATISFACCIÓN USUARIA EN URGENCIA Y POLICLÍNICOS.	219

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Organización del Sistema de Salud Chileno.....	43
Ilustración 2: Elaboración del Presupuesto Nacional	47
Ilustración 3: Número de Sistemas de Información en Operación y Uso (A.1.1)	111
Ilustración 4: Porcentaje de cobertura de egresos codificados por GRD (A.1.2)	112
Ilustración 5: Número de egresos de egresos codificados por GRD/ Egresos del establecimiento en el mes de evaluación	113
Ilustración 6: Uso de WinSIG según requerimiento del MINSAL (A.1.3)	114
Ilustración 7: Porcentaje de cumplimiento de los procesos de compra según la ley 19.886, sobre compras públicas (A.1.4)	115
Ilustración 8: Compras efectuadas a través de mercado público y CENABAST	116
Ilustración 9: Porcentaje de disminución de la deuda (A.2.1)	117
Ilustración 10: Monto de deuda total en el periodo n.....	118
Ilustración 11: Porcentaje de prestaciones costeadas (A.2.2)	119
Ilustración 12: Prestaciones costeadas/ Otorgadas en el mes	119
Ilustración 13: Equilibrio financiero (A.3.1)	120
Ilustración 14: Gastos totales devengados/ Ingresos totales devengados en el mes	121
Ilustración 15: Porcentaje de cumplimiento de pago oportuno a proveedores (A.3.2)	122
Ilustración 16: Monto de facturas pagadas dentro de 60 días/ monto total de facturas pagadas en el mes	123
Ilustración 17: Porcentaje de recaudación de ingresos propios (A.3.3).....	124
Ilustración 18: Recaudación de ingresos propios en el mes	124
Ilustración 19: Porcentaje de incremento de los egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad excesivamente prolongada (A.4.1).....	125
Ilustración 20: Número de egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad con más de 120 días al cierre de cada mes	126
Ilustración 21: Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad AUGÉ (A.4.2)	127
Ilustración 22: Porcentaje de cumplimiento de la lista de espera quirúrgica (A.4.3)	128
Ilustración 23: Egresos mensuales de la lista de espera quirúrgica	128
Ilustración 24: Unidad de calidad y seguridad del paciente (D.1.1)	129
Ilustración 25: Existe la unidad de calidad y seguridad del paciente (D.1.1).....	130
Ilustración 26: Porcentaje de cumplimiento del plan de auditoría (D.2.1).....	131

Ilustración 27: Número de auditorías realizadas/ programadas en el establecimiento	131
Ilustración 28: Porcentaje de planes de mejora implementados, generados como producto de una auditoría (D.2.2)	132
Ilustración 29: Planes de mejora implementados/ vencidos en el establecimiento en el mes	133
Ilustración 30: Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas no planificadas (D.3.1)	134
Ilustración 31: Reintervenciones quirúrgicas no planificadas (D.3.1)	135
Ilustración 32: Tasa de pacientes con úlceras o lesiones por presión (D.4.1)	136
Ilustración 33: Pacientes con úlceras o lesiones por presión (D.4.1)	136
Ilustración 34: Porcentaje de brotes IAAS que cuentan con informe final (D.4.2)	137
Ilustración 35: Brotes IAAS que cuentan con informe final	138
Ilustración 36: Cumplimiento de las medidas para certificar como hospital amigo (D.4.3)	139
Ilustración 37: Medidas para certificar como hospital amigo.....	139
Ilustración 38: Porcentaje de satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos (D.4.4)	140
Ilustración 39: Satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos.....	141

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características del sistema global de salud	23
Tabla 2: Hospitales Autogestionados en Red, Chile	29
Tabla 3: Mapa Estratégico EAR	62
Tabla 4: Numeración ítems CMI	64
Tabla 5: Organización de indicadores Mapa Estratégico	67
Tabla 6: Indicador “Número de Sistemas de Información en Operación y Uso” (A.1.1)	78
Tabla 7: Indicador “Porcentaje de Cobertura de Egresos Codificados por GRD” (A.1.2) ..	79
Tabla 8: Indicador “Uso de WinSIG según Requerimiento MINSAL” (A.1.3).....	80
Tabla 9: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de los Procesos de Compra según la Ley 19.886, sobre Compras Públicas” (A.1.4).....	81
Tabla 10: Indicador “Porcentaje de Disminución de la Deuda” (A.2.1).....	81
Tabla 11: Indicador “Porcentaje de Prestaciones Costeadas” (A.2.2).....	82
Tabla 12: Indicador “Equilibrio Financiero” (A.3.1)	83
Tabla 13: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Pago Oportuno a Proveedores” (A.3.2)	84
Tabla 14: Indicador “Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios” (A.3.3).....	85
Tabla 15: Indicador “Porcentaje de Incremento de los Egresos de la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Excesivamente Prolongada” (A.4.1)	86
Tabla 16: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGE” (A.4.2)	87
Tabla 17: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de la Lista de Espera Quirúrgica” (A.4.3)	88
Tabla 18: Indicador “Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente” (D.1.1)	89
Tabla 19: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría” (D.2.1)	90

Tabla 20: Indicador “Porcentaje de Planes de Mejora Implementados, Generados como Producto de una Auditoría” (D.2.2)	91
Tabla 21: Indicador “Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas” (D.3.1)	92
Tabla 22: Indicador “Tasa de Pacientes con Ulceras o Lesiones por Presión” (D.4.1)	94
Tabla 23: Indicador “Porcentaje de Brotes de IAAS que Cuentan con Informe Final” (D.4.2)	95
Tabla 24: Indicador “Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo” (D.4.3)	95
Tabla 25: Indicador “Porcentaje de Satisfacción Usuaría en Urgencia y Policlínicos” (D.4.4)	96
Tabla 26: Promedio mensual por indicador en los Establecimientos Autogestionados en Chile	110
Tabla 27: Relación entre tamaño y presupuesto de un establecimiento autogestionado.	144
Tabla 28: Relación entre tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el equilibrio financiero alcanzado.....	145
Tabla 29: Relación entre tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el nivel de deuda en el periodo.	147
Tabla 30: Relación entre tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el nivel de satisfacción usuaria.	149
Tabla 31: Relación entre egresos de la lista de espera quirúrgica y las reintervenciones quirúrgicas no programadas.....	151
Tabla 32: Relación entre egresos hospitalarios y las reintervenciones quirúrgicas no programadas.....	152
Tabla 33: KMO y prueba de Bartlett.....	154
Tabla 34: Matriz de correlación anti-imagen.....	155
Tabla 35: Matriz de correlación anti-imagen.....	156
Tabla 36: KMO y prueba de Bartlett.....	157
Tabla 37: Resultados para la extracción de los factores de componente	158
Tabla 38: Matriz de factores de componentes.....	159
Tabla 39: Factores con sus respectivos indicadores.....	160
Tabla 40: Relación entre sustentabilidad financiera (Factor 1) y excelencia de la atención (Factor 2).	161

INTRODUCCIÓN

En la actualidad son cada vez más fuertes las exigencias a las que se ve sometido el sector de la salud, lo que se precede básicamente por el empoderamiento que hoy alcanzan los usuarios del servicio. Ello impulsa a las instituciones a establecer mejoras constantes tanto en los estándares de atención como en la calidad de las prestaciones que se entregan, lo que se encuentra necesariamente vinculado a una eficaz administración y uso eficiente de los recursos con los que las instituciones cuentan para el logro de tales objetivos.

La importancia que representa la administración en el área de la salud es entonces de gran relevancia, considerándola como una herramienta que permite generar una visión conjunta para las instituciones de la salud en Chile; un sistema capaz de optimizar sus recursos humanos, técnicos y financieros, cuya finalidad radica en lograr niveles óptimos de eficiencia en tales instituciones. De esa manera, se enfrentan a la necesidad de ir constantemente incorporando técnicas que permitan evaluar la gestión, y con ello establecer mejoras tanto en la administración como en el nivel de servicio que entregan.

Dado lo anterior, y como base para mejorar la gestión de los Establecimientos Autogestionados en Red, el Ministerio de Salud establece una base metodológica que permite evaluar las actividades que realizan las organizaciones en relación a su visión y estrategia. Dicha metodología sienta sus bases en un conjunto de indicadores y metas que son definidas transversalmente para los 57 recintos hospitalarios que son clasificados como autogestionados a nivel nacional, los que son agrupados en torno a cuatro estrategias claves al interior de un módulo de autogestión: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica y Excelencia de la Atención. Su finalidad radica en estandarizar la gestión de los establecimientos, logrando mejoras en el desempeño a través de una planificación y gestión eficiente, atendiendo las necesidades de la población y brindando a su vez a los directivos una mirada integral y global servicio.

El objetivo principal de la presente investigación radica en identificar la relación existente entre las estrategias de Sustentabilidad Financiera y de Excelencia en la atención, como una evaluación de la gestión entre las áreas y la influencia que puede ejercer una sobre la otra.

En el capítulo I, Introducción de la Investigación, se establecen las directrices del estudio, compuesto por los antecedentes generales de la investigación, el planteamiento del problema y la justificación de la investigación, resaltando la utilidad que el estudio prestará a los tomadores de decisión en el ámbito de la gestión pública.

En el capítulo II, Marco Teórico, se propone un esquema analítico que permitirá en base a fundamentos teóricos interpretar el desarrollo de la investigación y sus resultados. Se presentan los cimientos que dan pie al estudio, considerando temas como el Sistema Nacional de Servicios de Salud, reformas en Chile que dan inicio a los Establecimientos Autogestionados en Red y características de los mismos, Administración en Salud Pública y Control de Gestión en Instituciones Públicas.

El capítulo III, Objetivos y Metodología, describe tanto los objetivos generales como específicos que responderán a la investigación, así como la forma en que se recolectaron los datos, cuales son las fuentes de información y los mecanismos de obtención de la misma. Además, se define en específico la metodología de análisis que dará pie a los resultados y conclusiones respectivas.

En el capítulo IV, Indicadores y Variables del Cuadro de Mando Integral, se dan a conocer los indicadores que componen las estrategias de Sustentabilidad Financiera y Excelencia de la Atención, y las respectivas variables que la componen, con la finalidad de establecer un fundamento teórico que permita realizar un análisis acabado de la información, dando a su vez respuesta a los objetivos específicos dos y tres planteados en la presente investigación.

Finalmente el capítulo V, Análisis de Resultados, desprende un análisis acabado de las variables objeto de estudio. Se realiza en primera instancia un análisis univariado a través del cual se estudia cada uno de los indicadores que componen las estrategias objeto de estudio de la investigación, para continuar con el análisis bivariado que da respuesta al objetivo específico número tres, por medio de asociaciones entre las variables más relevantes del tema. Se finaliza con el análisis multivariado, mediante el cual se responde al objetivo principal de la temática que se estudia, y las respectivas conclusiones de la misma.

CAPÍTULO I

Introducción de la Investigación

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad son cada vez más imperantes las exigencias a las que el sector salud está sometido. Precedido básicamente por usuarios más empoderados, demandantes y conscientes de sus derechos, que abogan a una atención oportuna y de calidad, los establecimientos sanitarios se ven presionados a mejorar sus estándares de atención y a utilizar sus recursos de una manera eficaz y eficiente. Especial relevancia adquiere este hecho para directivos y responsables de los centros de salud público, quienes toman por desafío todos aquellos ajustes en costos y control de gastos, buscando concordar con los presupuestos determinados por el Estado y los contribuyentes. De esa manera, se enfrentan a la necesidad de ir constantemente incorporando técnicas recientes de gestión, de tal forma que a través de ellas se pueda mejorar tanto la administración como el nivel de servicio entregado al usuario y comunidad en general.

1.1 Antecedentes Generales

En la constante búsqueda de una gestión cada vez más eficiente, que incorporara aspectos adicionales a los financieros, habitualmente evaluados en el general de las empresas, Robert Kaplan, profesor de la Universidad de Harvard, y David Norton, consultor empresarial, desarrollaron un método de administración que fue presentado por primera vez en 1992 en la revista Harvard Business Review, titulado El Cuadro de Mando Integral. Dicha iniciativa sienta bases que impulsan los resultados, para luego crear el libro Cuadro de Mando Integral: The Balanced Scorecard (1994, Ed. Gestión 2000).

Dadas sus particulares características, el Cuadro de Mando Integral (CMI), como una herramienta de gestión, puede llegar a desempeñar un rol preponderante al interior de las organizaciones de la salud, dado que a través de él se permite alinear tanto visión, misión, objetivos y estrategias con las actividades diarias, entregando una herramienta que ayuda a la organización a avanzar hacia el éxito.

Caracterizado por estructurar un conjunto de indicadores, objetivos y actividades dentro de cuatro perspectivas fundamentales –personas, usuarios o clientes; procesos operativos internos, formación y aprendizaje, y financiera-, el CMI contribuye a equilibrar e interrelacionar diferentes dimensiones de las organizaciones, permitiendo a su vez llevar a cabo el control y evaluación constante de aquellos factores relevantes en el desempeño.

Al no centrarse prioritariamente en la perspectiva financiera, sino más bien incorporar otras perspectivas significativas, el CMI deriva en un instrumento de gestión apropiado para los establecimientos públicos de salud, cuya finalidad es entregar servicios de calidad a las personas, no el lucro como acontece en las empresas privadas. Derivado de ello, el éxito de los establecimientos sanitarios del sector público se mide por la calidad y oportunidad con la que son capaces de satisfacer las necesidades de salud de los usuarios. Por lo tanto, y desde un punto de vista orientado a las personas, el CMI tendría como foco fundamental el servicio a los usuarios, objetivo básico en el que confluyen los demás como respuesta a una relación causa-efecto de los mismos.

Dado lo anterior, y como precedente para mejorar la gestión de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), el Ministerio de Salud (MINSAL) define indicadores y metas transversales, cuya finalidad es estandarizar la gestión de tales establecimientos. En ese contexto, y como un compromiso país, todos los hospitales autogestionados se alinean para lograr un mejor desempeño a través del desarrollo de los procesos principales de atención de usuarios, el manejo de recursos y la coordinación de redes, que a través de una planificación y gestión eficiente buscan atender las necesidades de la población.

Si bien en sus inicios este sistema fue pensado para empresas de carácter privado, puede ser adaptado con éxito para cualquier tipo de organización, indistinto de su tamaño y naturaleza, o de si tiene o no fines de lucro, siendo

incluso utilizado a nivel internacional. En resumen, su gran ventaja radica en la funcionalidad de evaluar las actividades que realiza una organización en relación a su visión y estrategia, brindando a los directivos una mirada integral y global del desempeño.

1.2 Planteamiento del Problema

El cambio que se desarrolla en el nivel estructural del Sistema hacia una gestión en Red de Salud genera que tanto el fortalecimiento e incremento de la descentralización resurjan como desafíos no resueltos en su totalidad. Bajo el mismo prisma, se considera fundamental que la autonomía se haga extensiva a los hospitales y Servicios de Salud, así como también es fundamental la necesidad de aumentar la complementariedad entre el sistema público y privado, razón por la cual se ha flexibilizado la compra y venta de servicios entre ambos subsectores (MINSAL, 2005).

En Chile, la reforma de la salud trae consigo la creación e implementación de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR). Dichos establecimientos comprenderían aquellos recintos hospitalarios dependientes de los servicios de salud e identificados con la mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones (Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, 2004). Previo a estos cambios, los hospitales públicos tenían la característica de ser dependientes de los servicios de salud y no contaban con la autonomía necesaria para la gestión de sus recursos por parte de los equipos directivos (Nancuante & Romero, 2008). A su vez, la política imperante se abocaba a la creación de espacio de mayor flexibilidad y autonomía para la asignación de recursos y gestión del presupuesto de los hospitales (Retamal, 2009).

Al observar de una manera integral la visión, misión, estrategia, valores y objetivos de una organización, agrupadas en cuatro perspectivas prioritarias como son las

personas, procesos internos, formación y crecimientos, y financiera, el CMI logra conformarse como un instrumento que cumple el rol de ordenar, organizar, motivar comprometer y conducir a la organización hacia el logro de sus metas y objetivos.

1.3 Justificación de la Investigación

La creación de un EAR, que tiene por finalidad mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos en Chile (ex tipo I y II), se enmarca dentro de la ley 19.937 sobre autoridad sanitaria, que viene a modificar el D.L. N° 2763, de 1979, estableciendo una nueva perspectiva de la Autoridad Sanitaria y modalidades de gestión, permitiendo el fortalecimiento de la Participación Ciudadana.

Se entiende por un EAR a aquel al que se le ha conferido la autonomía en cuanto a su organización interna, administración de recursos y definición de la manera en la cual se llevarán a cabo los procesos necesarios para la obtención de prestaciones de salud que entregará a la red. Es decir, se le conoce como un organismo disgregado de su respectivo servicio de salud.

A partir del año 2011, dada la necesidad de identificar aquellas áreas críticas de un establecimiento que permitieran mejorar el rendimiento en términos de gestión, se crea una herramienta de carácter estratégico que se enmarca dentro de la metodología de un CMI. Dicha herramienta, a través de indicadores, permite medir las actividades de una organización en términos de su visión y estrategia, e indica claramente cuando ésta alcanza los resultados definidos por el plan estratégico.

El CMI, como instrumento de evaluación de los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la Salud Pública en Chile, comprende un total de 48 indicadores que dan cuenta de todos aquellos procesos estratégicos claves para alcanzar una gestión exitosa. Dichos indicadores impulsan la consecución de 4 estrategias: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica y Excelencia de la Atención.

En el marco de la siguiente investigación se realizará un análisis estadístico de datos para identificar la relación entre la sustentabilidad financiera en los 57 establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena con los resultados de excelencia en la atención, y su posible relación con el presupuesto y tamaño del establecimiento, a modo de determinar si existe correlación significativa entre ellos, que pueda explicar las diferencias entre recursos asignados a cada establecimiento frente a la atención percibida por el usuario.

Es importante resaltar que el resultado de dicha investigación será de utilidad para los tomadores de decisión en el ámbito de la gestión de salud pública, ya que con esta podrán identificar el comportamiento relativo al área de gestión financiera de los establecimientos y los efectos que ello pueda generar en la percepción de los usuarios, identificando la relación entre el nivel de cumplimiento de la sustentabilidad financiera, el presupuesto, el tamaño de cada recinto hospitalario y los resultados de excelencia en la atención.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

En esta sección se desarrolla un marco teórico referente al Sistema Nacional de Servicios de Salud desde una perspectiva sistémica, con base en la experiencia y acontecer nacional. Se plantean en el las características de un sistema de control de gestión, así como su aplicación a las organizaciones de salud públicas complejas, en las que por lo demás operan varios subsistemas. Con base a tales conceptos se propone un esquema analítico que permitirá examinar a cabalidad la información recabada e interpretar su desarrollo, lo que permitirá proponer con fundamentos precisos los resultados de la presente investigación.

2.1 Sistema Nacional de Servicios de Salud

El Sistema Nacional de Servicio de Salud de Chile (SNSS) fue creado el 2 de julio de 1979 a partir del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Marca su desarrollo a mediados del siglo XVI como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa-hospitalaria. En sus inicios, es decir entre 1552 y 1917, estos servicios eran de carácter local y por lo tanto de responsabilidad local, desde entonces la atención y organización formal de salud se ha ido reestructurando en forma paulatina a través de varias instituciones públicas y privadas. En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, el cual permitió ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes; un año después se crea la Junta Nacional de Salubridad, la cual tenía como misión asesorar al gobierno en temas referentes a salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. Cinco años más tarde, en 1892, las funciones antes descritas fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.

Entre 1917 y 1952 comenzó un periodo de maduración de desarrollo social y del sistema de salud. En la primera década de este periodo se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y

sectoriales, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. Posteriormente, en 1924 se da origen al Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social el que viene a establecer el seguro obrero obligatorio (ley 4.054), y aseguraba cubrir los riesgos de enfermedad de invalidez, vejez y muerte. En 1938 se dictó la ley de Medicina Preventiva, la que promovía el examen periódico y sistemático para la detección precoz de enfermedades, lo que la situó como ley pionera a nivel internacional. En el '42 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados, el cual cubría al sector de empleados públicos y particulares. Para finalizar este periodo, en el año 1948 se creó el Colegio Médico de Chile, el que se ha destacado por su gravitación histórica en la formulación de políticas de salud.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzando una importante cobertura del sector asistencial del país. A partir de allí, y hasta 1973, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación central, caracterizada por la estrechez existente entre la medicina y el desarrollo social del país, las que prueban estar ampliamente ligadas entre sí, incluyendo aspectos de liderazgo social y político.

El periodo de 1973 y 1980, denotado como “periodo de Gobierno Militar”, contrajo para el Servicio Nacional de Salud una disminución significativa del gasto social y del financiamiento, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario. En 1979 el sector estatal de salud considera una reestructuración: se reorganiza el MINSAL y sus instituciones relacionadas y se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979).

En general, y desde 1990, el sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características, en cuanto a financiamiento, organización y funcionamiento, del modo en que fueron estructurados en el período militar

precedente, especialmente en lo que se refiere a lo estipulado al régimen de prestaciones (ley de salud), la configuración legal-normativa del SNSS, el financiamiento fiscal al sistema público, la forma de administración municipal, entre otras. Algunos cambios parciales se han procurado con modificaciones a la Ley ISAPRE (1990) y el Estatuto de la Atención Primaria (1995)¹.

2.1.1 Organización Institucional del Sistema Nacional de Servicios de Salud

El SNSS está compuesto tanto por personas naturales o jurídicas, de derecho público como privado, que contribuyan a la ejecución de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

En general, los componentes del sistema global de salud pueden ser identificados en base a tres criterios:

Tabla 1: Características del sistema global de salud

Criterio	Característica
Grado de formalidad de la organización	Formal e informal o tradicional.
Rol institucional en el sistema	Previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales, o mixto.
Fines de lucro	Con o sin fines de lucro

Fuente: Elaboración propia

2.1.2 Red Asistencial

De acuerdo a lo establecido por el MINSAL, el SNSS, para llevar a cabo sus funciones, se estructura en una Red Asistencial de establecimientos públicos que forman parte del Servicio, establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones

¹ Colegio Médico de Chile.

de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Los niveles de atención de la Red Asistencial se encuentran organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad, como se describe a continuación:

- **Nivel Primario:** Este nivel se caracteriza por tener mínima complejidad y amplia cobertura. Se realizan atenciones de carácter ambulatorio en las postas rurales de salud y en los consultorios generales, urbanos y rurales. Allí se ejecutan principalmente los programas básicos de salud de las personas. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.
- **Nivel Secundario:** A este nivel corresponde una complejidad intermedia y cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (consultorio adosado) de dicho establecimiento.
- **Nivel Terciario:** Este se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional.

La articulación de los distintos niveles de atención se conoce como gestión de Red. En la Ley 19.937 se indica que es el Director del Servicio quien está a cargo de la planificación conjunta de las actividades de articulación, gestión y desarrollo de la Red de establecimientos de salud, además de la supervisión, control y evaluación de sus resultados.

2.1.3 Clasificación de los establecimientos hospitalarios

Entendiendo que el “hospital” es un establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o de atención cerrada. Al hospital le corresponde otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio de Salud correspondiente le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el MINSAL sobre la materia. Es obligación del hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado.

Actualmente el sistema público se organiza en torno a 29 Servicios de Salud, que a su vez están formados por los establecimientos públicos de salud, dentro de los cuales se encuentra una red de 184 hospitales: 61 hospitales de alta complejidad, 25 de mediana complejidad y 98 de baja complejidad.

La denominación y clasificación del tipo de hospitales ha presentado modificaciones determinadas por los cambios legislativos del sector en la última década. La ley de Autoridad Sanitaria cambia la denominación de los hospitales tipo 1, 2, 3 y 4, siendo denominados en la actualidad como hospitales de alta complejidad a los ex hospitales tipo 1 y 2, hospitales de mediana complejidad que corresponden a los ex hospitales tipo 3 y hospitales de baja complejidad que corresponden a los ex hospitales tipo 4². Además, en el decreto N° 140 de 2004, Reglamento de los Servicios de Salud, se definen los Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y los Centros de Referencia de Salud (CRS), los Consultorios Generales urbanos y Consultorios Rurales.

Por otro lado, de acuerdo a la normativa vigente, entiéndase DFL N°1 de 2005 del MINSAL, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto N° 140 del

² Decreto N° 137 del 2004.

2004) del MINSAL y Reglamento Orgánico de los Establecimiento de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red (Decreto N° 38 del 2005) del MINSAL, los establecimiento hospitalarios se clasifican de acuerdo a su calidad contractual y a su nivel de complejidad de la siguiente manera:

Según dependencia administrativa de los establecimientos hospitalarios

- Establecimiento Autogestionados en Red (EAR): Se incluyen en este apartado aquellos establecimientos que son considerados de alta complejidad.
- Establecimiento de menor complejidad: Se incluyen en esta categoría aquellos establecimientos de mediana o baja complejidad.

Según nivel de complejidad

- Alta complejidad
- Mediana complejidad
- Baja complejidad

Todos los hospitales se clasificarán en un nivel de complejidad de acuerdo a su capacidad resolutive, considerando como referencia la función dentro de la Red Asistencial, servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico considerandos su resolutive, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza, así como el grado de especialización de sus recursos humanos.

2.2 Establecimientos Autogestionados en Chile

Los procesos de reforma en el ámbito de la salud han introducido, a nivel mundial, diversos cambios tanto en modelos de gestión, provisión de servicios, sistemas de financiamiento, así como en seguros relativos al área de la salud. En América

Latina los cambios han involucrado en la última década procesos de reforma orientados a la separación entre financiamientos y provisión, aumento de cobertura, nuevos modelos de gestión, descentralización de los servicios de salud, entre otros (INFANTE A, 2000).

Un hospital autónomo se define como aquel hospital que siendo parte del sector público del sistema de salud, cuenta con mayor espacio en su gobernanza y gestión (COLLINS D, 1999). El primer término, gobernanza, referido a la manera en que los hospitales enfrentan sus políticas internas y locales, en tanto que el concepto gestión dice relación con la administración de las funciones necesarias para la prestación de servicios. Es importante considerar que entre los principales objetivos de la autonomía hospitalaria se encuentran: generar mejoras en la eficiencia sanitaria, la elección por parte de los usuarios, la calidad de los cuidados, la reducción de costos en salud y el aumento de los ingresos hospitalarios.

Previo a la reforma de la salud, en Chile los hospitales públicos se caracterizaban por depender administrativamente de los servicios de salud y no contar con autonomía para gestionar sus propios recursos, a través de sus directores. Frente a dicha problemática, la reforma de la salud plantea la necesidad imperativa de mejorar los modelos de atención y gestión del sistema de salud (SANDOVAL, 2004).

La introducción en Chile de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR), viene dada por la Ley 19.937, sobre autoridad sanitaria, la que viene a incorporar profundos cambios en la organización del sistema de salud, y cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), otorgando mayores atribuciones y responsabilidades al director, en relación a la gestión de recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros. Si bien este diseño no obedece a una total autonomía de las instituciones de la red asistencial, sí involucra diversos niveles de

autonomía relacionados a la gestión de recursos humanos y su articulación con la red asistencial.

La ley de Autoridad Sanitaria estableció una lista de 59 hospitales que podrían postular a la categoría de Autogestionados en Red (EAR). A los hospitales de alta complejidad, la acreditación como EAR les confería un nivel que supone mayor eficiencia en la gestión, externalizar servicios de mayor costo, generar carteras de proyectos de desarrollo y llevar a cabo convenios con otras instituciones de la red. Para ser acreditados como EAR, los hospitales debían avanzar en la implementación de un plan de desarrollo estratégico que consideraría aspectos relativos a la política y planes de acción concernientes a recursos humanos, gestión financiera, satisfacción usuaria, gestión clínica y de planificación y control de gestión. No obstante, para el año 2008, recién 11 de 59 hospitales de alta complejidad habrían completado el proceso que los acreditaba como EAR. En la actualidad, se categorizan 57 hospitales autogestionados en el país, siendo los siguientes:

Tabla 2: Hospitales Autogestionados en Red, Chile

N°	Servicio de Salud	Prestador
1	Arica	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)
2	Iquique	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)
3	Antofagasta	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)
4	Coquimbo	Hospital San Juan de Dios (La Serena)
5	Coquimbo	Hospital San Pablo (Coquimbo)
6	Coquimbo	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)
7	Viña del Mar Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)
8	Viña del Mar Quillota	Hospital San Martín (Quillota)
9	Viña del Mar Quillota	Hospital de Quilpué
10	Aconcagua	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)
11	Aconcagua	Hospital de San Camilo (San Felipe)
12	Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)
13	Valparaíso San Antonio	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)
14	Valparaíso San Antonio	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)
15	Metropolitano Norte	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta)
16	Metropolitano Norte	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)
17	Metropolitano Norte	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)
18	Metropolitano Norte	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Santiago, Recoleta)
19	Metropolitano Occidente	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer
20	Metropolitano Occidente	Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)
21	Metropolitano Occidente	Hospital San José (Melipilla)

22	Metropolitano Occidente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)
23	Metropolitano Central	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)
24	Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)
25	Metropolitano Oriente	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)
26	Metropolitano Oriente	Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)
27	Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)
28	Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica
29	Metropolitano Oriente	Instituto Nacional Geriátrico Presidente Eduardo Frei Montalva
30	Metropolitano Oriente	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo
31	Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Presidente Pedro Aguirre Cerda
32	Metropolitano Sur	Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)
33	Metropolitano Sur	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)
34	Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)
35	Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)
36	Del Libertador B.O'Higgins	Hospital Regional de Rancagua
37	Del Libertador B.O'Higgins	Hospital San Juan de Dios (San Fernando)
38	Del Maule	Hospital San Juan de Dios (Curicó)
39	Del Maule	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)
40	Del Maule	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)
41	Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)
42	Ñuble	Hospital de San Carlos
43	Concepción	Hospital San José (Coronel)
44	Concepción	Hospital de Lota

45	Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente
46	Talcahuano	Hospital Las Higueras
47	Talcahuano	Hospital de Tomé
48	Biobío	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)
49	Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)
50	Valdivia	Hospital Clínico Regional
51	Osorno	Hospital Base de Osorno
52	Del Reloncaví	Hospital de Puerto Montt
53	Aisén	Hospital Regional (Coyhaique)
54	Magallanes	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)
55	Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)
56	Araucanía Norte	Hospital San José (Victoria)
57	Chiloé	Hospital de Castro

Fuente: Ministerio de Salud, 2013

2.2.1 Naturaleza jurídica de los Establecimientos Autogestionados en Red

Para acceder a la obtención de la calidad de EAR, los hospitales deben cumplir con una serie de requisitos, los que se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S N°38, y su cumplimiento es certificado de manera anual, mediante instrucciones que definan en manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda.

Así pues, sólo aquellas instituciones que cumplan los requisitos que se establecen en el Título IV del DFL N°1, de 2005 de Salud, artículos 31 y en el Capítulo II del Decreto Supremo N°38, de 2005, de Salud, tendrán la categoría de autogestión. Sin perjuicio de ello, como establecimientos dependientes del Servicio de Salud, se rigen supletoriamente por las normas del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. El artículo 31 del citado DFL, dispone que: *“los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de “Establecimientos de Autogestión en Red”, con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento...”*.

Agrega que: *“Los establecimientos que obtengan la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575 ... y a las normas del presente Libro. No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43”*.

2.2.2 Características de los Establecimientos Autogestionados en Red

Conforme a las normas mencionadas anteriormente, las características que presentan los establecimientos autogestionados son las siguientes:

- Son establecimientos de salud.

El reglamento considera como tal a: Establecimientos de Atención Primaria de los Servicios de Salud, Centro de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Especialidad y Hospitales.

- Son establecimientos de “mayor complejidad técnica”.

El artículo 11 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud, establece que *“Para estos efectos se entenderá que tienen mayor complejidad técnica aquellos establecimientos que estén clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud”*.

De los establecimientos existentes, tanto los de atención primaria como los CRS, en ningún caso podrían ser calificados como establecimientos de autogestión en red, dada su baja complejidad. Por su parte, los CDT son definidos como establecimientos de atención abierta de alta complejidad, por lo que si cumplen los demás requisitos podrían entrar en esta calificación. En cuanto a los Centros de Especialidad y los Hospitales, ambos pueden ser clasificados como de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a los requisitos que establece el artículo 44 del reglamento señalado. De esta manera, solo los Centros de Especialidad y Hospitales que sean clasificados como de alta complejidad y cumplan los demás requisitos, podrán ser calificados en la categoría de autogestión en red.

- Son establecimientos con “mayor desarrollo de especialidades”.

De acuerdo a lo aseverado en el artículo 11 del Decreto Supremo N° 38, los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

- Son establecimientos con “mayor desarrollo de organización administrativa”.
Corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostienen la gestión asistencial, y que incluyen unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros.

- Son establecimientos con “mayor número de prestaciones”.
No existe una definición legal o reglamentaria al respecto, siendo el sentido de esta disposición que la cantidad de prestaciones que realiza el establecimiento sea de tal entidad que tenga un peso relevante dentro de la acción global de la red local o nacional.

- Son organismos dependientes de los Servicios de Salud.
No son servicios públicos autónomos, por lo que no cuentan con personalidad jurídica ni patrimonio propio, de modo que actúan bajo la personalidad del Servicio de Salud.

- Son organismos desconcentrados del Servicio de Salud.
La ley desconcentró funcionalmente a los Servicios, mediante la radicación de determinadas atribuciones en los establecimientos de salud que hayan sido calificados como de autogestión en red. La ley utilizó la fórmula de la desconcentración para atribuir competencias directamente en una autoridad de inferior jerarquía en la organización, para que ésta las ejerciera directamente sin interferencias externas. Lo que se buscó con esta regulación fue darle el mayor grado de autonomía en la gestión de sus recursos a los directores de estos establecimientos, dejando afuera la posibilidad de intromisión por parte del director de Servicio de Salud.

- Comprometen los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios.

En efecto, el artículo 43 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, dispone que *“El Establecimiento tendrá 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, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de “Establecimiento de Autogestión en Red”, y de los demás bienes que adquiriera posteriormente a cualquier título”*.

La afectación de estos bienes y su compromiso en las decisiones de gestión del establecimiento tiene un doble objetivo. Por una parte evitar que desde el Servicio de Salud se le sustraigan recursos al establecimiento de autogestión, para destinárselos a otro establecimiento; y, por la otra, generar una responsabilidad patrimonial directa al establecimiento, como contrapartida natural del otorgamiento de atribuciones propias para la autonomía en la gestión.

2.2.3 Requisitos para conformar un Establecimiento de Autogestión en Red

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” a aquellos que cumplan los siguientes requisitos, establecidos en el artículo 16 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud:

- Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones básicas¹⁴ que debe cumplir el establecimiento en relación a la Red, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento al Director de Servicio correspondiente.
- Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado.
- Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio.

- Contar con un plan anual de actividades y un plan de inversiones que implemente el plan de desarrollo estratégico.
- Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.
- Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en convenios o compromisos de gestión.
- Cumplir con las garantías explícitas en salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.
- Tener implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de Fonasa, procedimientos de cobro y recaudación de ingresos.
- Contar con mecanismos formales de participación tales como: consejo técnico, comités, unidades asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.
- Deberá existir en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

Mediante instrucciones emanadas de los Ministerios de Salud y Hacienda se establecen los instrumentos técnicos y medios de verificación del cumplimiento de estos requisitos. La solicitud deberá hacerse por escrito, acompañando todos los

antecedentes que permitan verificar el cumplimiento de los requisitos, los que deberán referirse al período del año calendario anterior y al primer semestre del año de la postulación. Sólo podrá postularse entre los meses de julio y agosto de cada año y la resolución que le otorgue la calidad de Establecimiento Autogestionado entrará en vigencia a contar del 1º de enero del año siguiente.

2.2.4 Obligaciones básicas del Establecimiento Autogestionado en Red

La ley introdujo cuatro obligaciones básicas y principales del establecimiento de autogestión en red, a fin de resguardar principalmente la disponibilidad y el acceso a las prestaciones que requieren los beneficiarios de la red asistencial respectiva.

De esta manera, el artículo 32 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, dispone que el establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:

- Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial.
- Atender beneficiarios de Fonasa y de la Ley N° 16.744³, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes.
- Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

³ Ley N° 16.744 aprueba el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

- Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el MINSAL, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla. Para ello, los establecimientos tienen la obligación de: contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el servicio respectivo, dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente y efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

2.2.5 Director del Establecimiento de Autogestión en Red

El Director del establecimiento es designado por el Director del Servicio de acuerdo al Sistema de Alta Dirección Pública de la Ley N° 19.882. Dicho sistema establece que, no obstante mantener la calidad de exclusiva confianza, el cargo tiene una duración de tres años, renovables hasta por dos veces, esto es, un total de 9 años. Se requiere la consulta previa al Ministro de Salud para su remoción, lo que tiene como objeto que el director de servicio acredite las razones que tiene para fundamentar la decisión de remoción.

Las facultades del director se encuentran reguladas en el artículo 36 del DFL N° 1, de 2005, de salud, y en el artículo 23 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, del mismo Ministerio, y en general reflejan la amplia autonomía que tiene tanto en el aspecto financiero (tiene presupuesto propio), jurídico (el director firma directamente toda clase de contratos) y de administración de los recursos humanos (el director ejerce las facultades de un jefe superior de servicio, con algunas limitaciones), entre otras muchas manifestaciones de esta autonomía.

En especial el director del establecimiento de autogestión en red cuenta con las siguientes atribuciones:

- Facultades relativas al desarrollo organizacional: Entre ellas se encuentra dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del establecimiento; diseñar y elaborar un plan de desarrollo del establecimiento; y organizar internamente el establecimiento y asignar las tareas correspondientes.
- Facultades relativas al presupuesto de la organización: El director elaborará y presentará el presupuesto a directos del Servicio de Salud correspondiente, priorizando actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta.
- Facultades relativas a gestión de recursos humanos: Involucra ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento. Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el director del establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.
- Facultades relativas a suscripción de contratos: El director podrá celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento.

Por lo demás, y de acuerdo a lo establecido en el DS N° 38 de 2005 de Salud, se establece que: *“Sin perjuicio de lo establecido en los artículos quincuagésimo séptimo y quincuagésimo octavo de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de comprobarse el*

incumplimiento de los convenios de desempeño, o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud...”

2.2.6 Evaluación e incentivos de un Establecimiento Autogestionado en Red

Un aspecto importante a considerar en este nuevo diseño de institucionalidad dice relación con la permanente necesidad de que estas instituciones de excelencia en la gestión fueran evaluadas, y que, a su vez, los resultados de dicha gestión estuviesen alineados con los incentivos remuneracionales que tienen los funcionarios del establecimiento.

Así entonces, se establece que el establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, la que se realizará antes del 15 de marzo del año siguiente al que se evalúa, para verificar el cumplimiento de una serie de estándares que determinan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda, los que incluirán a lo menos las siguientes materias:

- Cumplir las obligaciones que se le han establecido como organismo que forma parte de la red asistencial, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente (o del Subsecretario de Redes Asistenciales, en su caso).
- Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado.
- Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras.
- Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las

obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días.

- Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios.
- Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad.
- Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda.

En lo que respecta a las auditorías, el establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

En caso de detectarse por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de alguno de los estándares señalados precedentemente, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia. La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley.

2.2.7 Evaluación social de un Establecimiento Autogestionado en Red

Uno de los principios que se incorporó en la modernización del sector fue introducir diversos mecanismos de control social y rendición de cuentas. En el

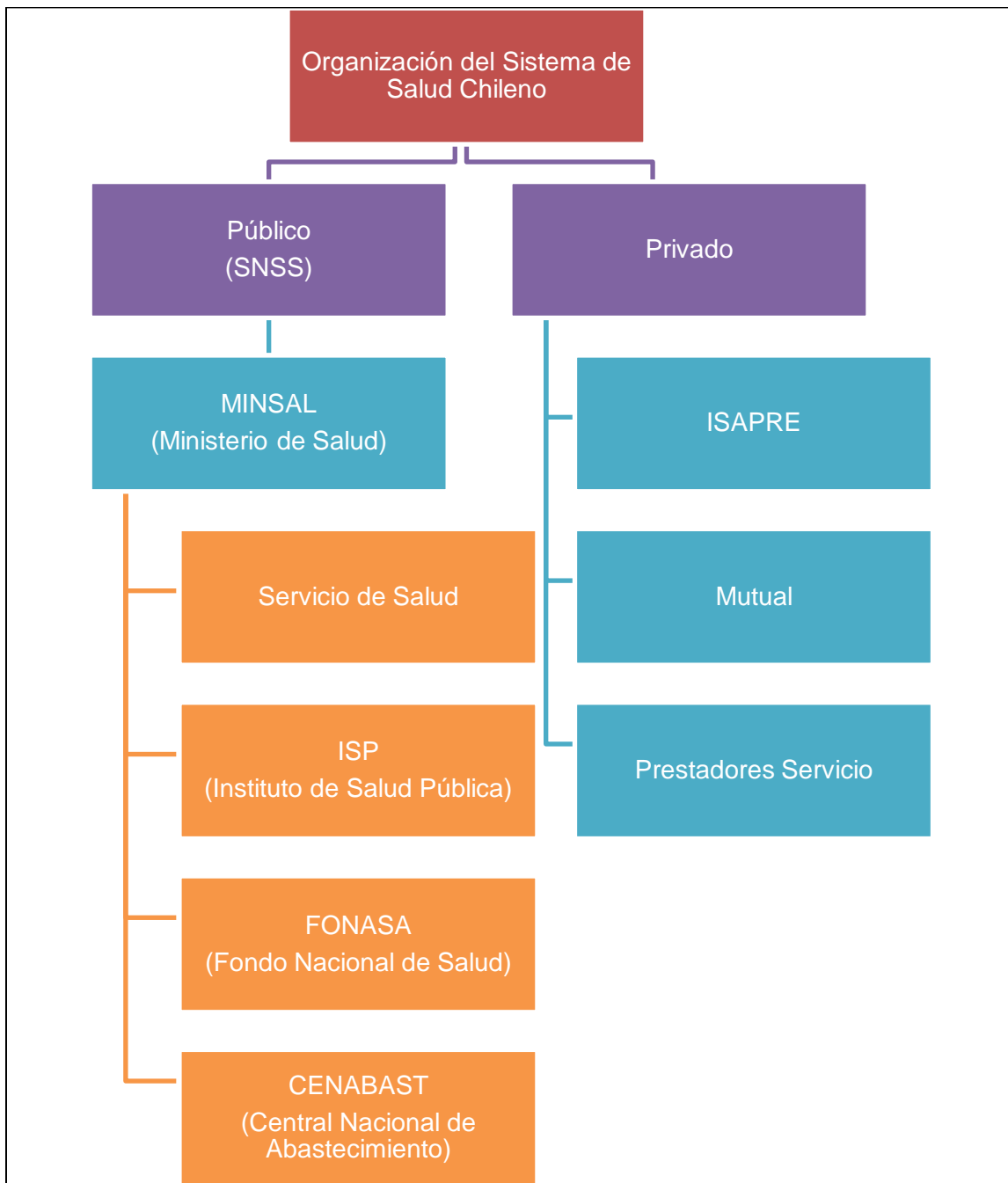
caso de los establecimientos de autogestión, se ha creado un Consejo Consultivo de los Usuarios, que tiene la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales. En el primer trimestre de cada año, el director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo. Dicho consejo está compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento.

2.3 Administración en Salud Pública

El Sistema Nacional de Servicios de Salud establece su organización con base al Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (D.S. de 1980). Está conformado por el MINSAL y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

Es decir, el sector salud está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El sector público está representado principalmente por FONASA, en su aspecto financiero, y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el sector privado está representado principalmente por las ISAPRE y mutuales, en su aspecto financiero, y por profesionales y centros asistenciales privados, en su componente de prestación de servicios.

Ilustración 1: Organización del Sistema de Salud Chileno



Fuente: Elaboración Propia, Colegio Médico, año 1997

2.3.1 Administración Financiera del Estado

De acuerdo a la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (Decreto Ley N° 1.263, de 1975), indica en su Artículo 1° *“El sistema de administración financiera del Estado comprende un conjunto de procesos administrativos que permiten la obtención de recursos y su aplicación a la concreción de los logros de los objetivos del Estado. La administración financiera incluye, fundamentalmente, los procesos presupuestarios, de contabilidad y de administración de fondos”*.

En definitiva, la administración financiera del estado corresponde a las acciones por la cual el Estado obtiene recursos o ingresos que son destinados al financiamiento de sus objetivos, pudiendo constatar previamente una previsión de los ingresos y gastos involucrados a través de un presupuesto general.

Hoy, sin embargo, se encuentra extendido el concepto por el cual el Estado no solo debe perseguir el financiamiento de los distintos gastos públicos, sino que además debe actuar o, derechamente, intervenir, a fin de obtener objetivos netamente económicos o sociales, buscando asegurar el bienestar social, incentivar la redistribución de la riqueza, el desarrollo de determinados sectores productivos, el pleno empleo, etc. De esta forma, la actividad financiera del Estado se constituye en un instrumento, tanto para cubrir las necesidades públicas como para lograr la intervención estatal en la economía, llevando de paso a constituir al Estado en un importante agente económico.

La política fiscal, por tanto, tiene tres clases de objetivos:

- Asignar los bienes privados y los bienes sociales.
- Distribuir el ingreso y la riqueza.
- Estabilizar los precios y los empleos.

2.3.2 Elaboración de Presupuestos

El Ministerio de Hacienda indica que el Presupuesto de la Nación es el resultado de un minucioso proceso de análisis, formulación, consulta, discusión y sanción, entre diferentes actores e instituciones. Para asegurar su consistencia económica y financiera, desde el año 2000, éste se enmarca en la regla preanunciada de generar un superávit estructural equivalente a un 0% del Producto Interno Bruto (PIB). Esto significa que al tomar las decisiones de gastos, el gobierno considera sus capacidades reales de financiamiento a largo plazo y evita hacer compromisos con cargo a holguras transitorias, como cuando el precio del cobre está alto o la actividad económica está sobrecalentada. Para que esta regla sea lo más transparente posible, se consulta a Comités de Expertos Externos respecto al precio del cobre de largo plazo y el nivel de producción potencial de la economía que debe incorporarse para su estimación, lo que permite determinar el gasto compatible con la regla del superávit estructural.

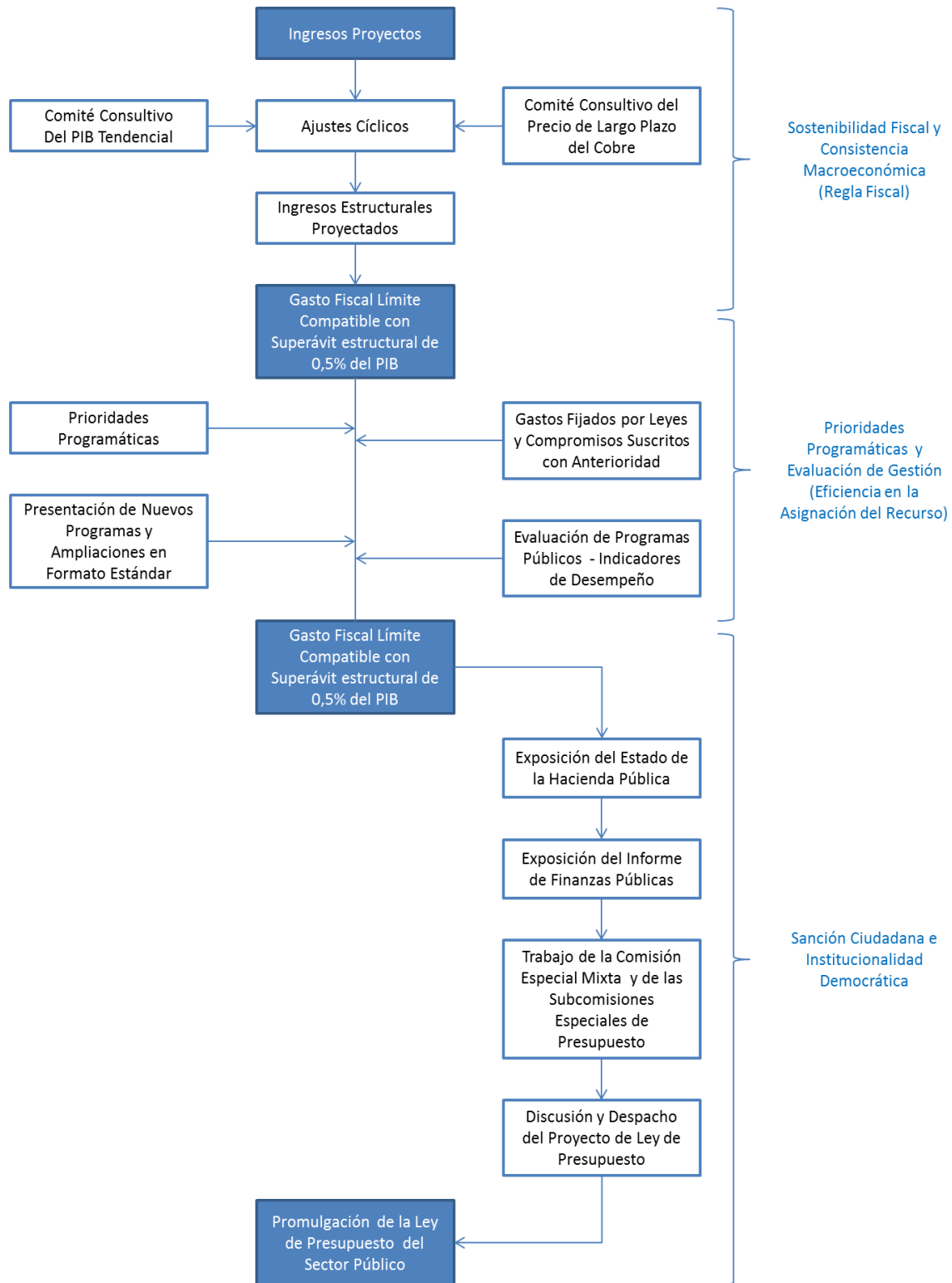
Estas son las principales etapas de la elaboración del proyecto de Presupuesto:

- En abril del año anterior se inicia el análisis por parte de funcionarios de instituciones del Sector Público, expertos externos, autoridades de gobierno y miembros del Congreso Nacional.
- Simultáneamente, el Ministerio de Hacienda evalúa los resultados de programas incluidos en el presupuesto anterior y analizan los indicadores de desempeño de las instituciones públicas.
- Esta información define un marco de gastos iniciales que considera aquellos gastos obligatorios por ley o por contrato y la continuidad de programas con evaluación satisfactoria.
- Considerando sus prioridades todas las instituciones del Sector Público desarrollan y presentan al Ministerio de Hacienda propuestas para ampliar programas exitosos o crear nuevos programas, las que postulan a un fondo común concursable.

- Tras un intenso proceso de análisis y discusión técnica de las propuestas de parte del Ministerio de Hacienda y MIDEPLAN, el Presidente de la República
- realiza una revisión y se define el proyecto de presupuesto para cada institución.

El siguiente diagrama, indica paso a paso como se realiza la Elaboración del Presupuesto Nacional:

Ilustración 2: Elaboración del Presupuesto Nacional



Fuente: Ministerio de Hacienda, año 2013

2.3.3 Satisfacción Usuaría en Salud

La satisfacción usuaria, constituye una dimensión de la calidad muy relevante, siendo considerada como uno de los principios orientadores de la actual Política de Salud; se le define como: "El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste le ofrece".

Desde el punto de vista del MINSAL, la satisfacción del usuario es: "El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud" (Gnecco Tassara, G. "Hacia la Elaboración de un Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad" Santiago de Chile. Unidad de Calidad y Normas Minsal. Módulo No 6 (35). Mayo de 1995).

En este marco, se espera que los servicios de salud elaboren en conjunto con los establecimientos de la red asistencial y la comunidad usuaria, Planes de Satisfacción Usuaría que busquen impactar en los resultados de la gestión y en la satisfacción de la población usuaria.

Los Planes de Mejora de la satisfacción usuaria pueden ser una herramienta de mejora continua en esta área y requiere de avances progresivos orientados hacia un cambio en la cultura organizacional como en la relación entre la comunidad usuaria y los funcionarios del sector.

Este tema toma mayor relevancia cuando se habla de Hospitales Autogestionados, ya que dentro de la evaluación anual que se realiza a este tipo de hospitales, se encuentra la revisión del cumplimiento de las metas que se determinen en relación a los niveles de satisfacción de los usuarios presentados por el establecimiento.

Con el fin de mejorar la satisfacción usuaria dentro de las instituciones de salud, es que se crea el Consejo Consultivo de los Usuarios, el cual está compuesto por 5 usuarios pertenecientes al radio de acción de la institución y a 2 funcionarios de este establecimiento. La finalidad del Consejo Consultivo, está reglado en el Decreto de Ley N° 38 de 2005 “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimiento de Autogestión en Red”, el cual indica expresamente en su artículo 31 *“El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento Autogestionado en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales, calidad de la atención y otras materias de interés para los usuarios, para lo cual deberá definir un plan de trabajo, cronograma de actividades y una frecuencia de reuniones de acuerdo a necesidades locales. El Director presentará al Consejo Consultivo en el primer trimestre de cada año el Plan Anual de actividades técnico asistenciales u otras orientadas a la satisfacción de las necesidades de la población, el que considerará las propuestas de los usuarios. Asimismo deberá presentar al Consejo la cuenta pública anual del Establecimiento Autogestionado. Mediante resolución interna, el Director del Establecimiento procederá al nombramiento de los integrantes. El Consejo deberá sesionar, a lo menos, trimestralmente y llevar actas de las reuniones y acuerdos adoptados”*

2.4 El Control de Gestión en Instituciones Públicas

La visión moderna del control de gestión genera una propuesta interesante y atingente al acontecer tanto nacional como internacional. Este se propone como una herramienta de apoyo a la dirección de empresas a través del cual es posible conocer lo que está ocurriendo en aquellas áreas o negocios fundamentales, por medio de información generada periódicamente, dando énfasis al logro de una serie de objetivos. Es decir, proporciona una estructura para transformar la estrategia en acción.

2.4.1 El Control de Gestión

El control de gestión puede entenderse como el proceso por el cual la gerencia influye en los miembros de la organización para la implantación de las estrategias (Anthony, 1987). Así, los sistemas de control ayudarían a los directivos a encaminar a la organización hacia sus objetivos estratégicos, permitiendo aprovechar de una manera eficaz, eficiente y permanente los recursos.

A partir de lo anterior, se desprende que un buen sistema de control debe: recoger información sobre el estado actual de la organización en aspectos financieros, económicos y operativos; comparar el estado real actual con el estado deseado o estándar y, promover las decisiones y acciones necesarias para aproximar ambos estados.

Tradicionalmente, la medición del desempeño de una empresa se ha basado en la contabilidad y los estados financieros: balance general, estado de resultados y estado de flujo de efectivo. Sin embargo, y debido a la gran importancia de adaptar la estrategia competitiva al entorno en que se desenvuelve la empresa, el control de gestión ha evolucionado hacia una nueva dimensión.

Actualmente el control de gestión no sólo centra su actuar en torno a información financiera, sino que reconoce la existencia de otros factores (indicadores no financieros), que influyen en el proceso de creación de valor. En ese sentido, y como consecuencia de la importancia que tienen hoy la adopción de estrategias adecuadas para alcanzar algún tipo de ventaja competitiva, se incorpora información relativa al ámbito estratégico en los mecanismos de control de gestión.

Dado lo anterior, y acorde a lo planteado por Amat (1998), una organización puede tener objetivos más amplios y diversos, yendo más allá de rentabilidad, satisfaciendo expectativas del entorno con el que interactúa. Con el objeto de

lograr su supervivencia, el mismo autor propone que la dirección de la organización debe asegurarse de que las actividades se realicen de la manera más adecuada, adaptándose al entorno y coordinando las diferentes unidades que la conforman. Para ello es necesario que existan mecanismos de control que faciliten que las actividades internas sean coherentes con los fines de la empresa y las exigencias del entorno.

Según plantea Amat (1998), desde un punto de vista limitado, se puede entender el control como el análisis a posterior y en términos monetarios de la eficacia de la gestión de todos los responsables de una empresa en relación a los resultados obtenidos, acorde a los objetivos que se habían planteado. Sin embargo, es el mismo autor quien plantea que desde una perspectiva más amplia, el control se puede ejercer a través de diferentes mecanismos que no sólo miden el resultado final obtenido sino que también, y especialmente, tratan de orientar e influir en que el comportamiento individual y organizativo sea el más conveniente para alcanzar los objetivos de la organización. En esta segunda perspectiva, el control no sólo se realiza desde la dirección, sino por todas las personas que la conforman; no sólo se realiza a posterior sino permanentemente, y no sólo se limita a aspectos técnicos propios de su diseño, sino que debe adecuarse tanto a la cultura y personas que forman parte de la organización.

2.4.2 Control de Gestión en Instituciones Públicas

El concepto de eficiencia económica se ha instaurado fuertemente en el colectivo de las organizaciones, logrando gran adherencia también entre los agentes públicos, permitiendo identificar problemáticas sustanciales con la gestión de estos establecimientos. Señal de ello es el hecho que la eficiencia, junto a la eficacia y equidad, sean un objetivo también del sector salud: eficaz en el cumplimiento de sus objetivos y eficiente en el uso de sus recursos, tanto públicos como privados. Dicho proceso trae consigo la mejora de los procesos técnicos en la producción de

bienes públicos y servicios de salud, que sin duda requieren progresar en la racionalidad de la asignación del gasto (Ligarda J, Ñaccha M, 2006).

Aunque se puede suponer que los hospitales operan en una escala óptima, la existencia de imperfecciones en el mercado de la salud e incluso la existencia de restricciones en el mercado financiero, generan que dichas instituciones no operen en el rango esperado. De esta manera, la evaluación de la eficiencia de hospitales es un problema prioritario para los responsables de estos. La realización de una gestión eficiente requiere la identificación de los productos y recursos consumidos, paso previo para garantizar la calidad de estos servicios (Reyes M, Figueroa E, Córdova J, y cols., 1993).

En lo que respecta a la medición de la eficiencia de las organizaciones, es importante destacar que en los últimos 25 años se ha observado un progreso extraordinario a escala internacional. Las nuevas tecnologías junto a los cambios sociodemográficos, que provocan un aumento en la demanda sanitaria, están en el origen del incremento de los costos en el sector sanitario. A partir de allí que se hace inevitable la preocupación por la asignación y gestión eficiente del gasto. Así, en los últimos años se ha producido en el sistema sanitario (sector público en general) un proceso de modernización para conseguir incrementar la eficiencia del sector. Un instrumento importante en esta línea son los programas de gestión establecidos entre la autoridad sanitaria y los diferentes centros y unidades (Aguilar P., 2010).

Si bien el proceso iniciado con la Reforma de Salud ha traído consigo diversos cambios en cuanto a forma y calidad de la atención, también deja de manifiesto las funciones propias del ente regulador, quien debe alinear al sistema público prestador al proceso de cambio del modelo de atención, generando las condiciones organizacionales al sistema prestador para ajustar su oferta a las nuevas necesidades de salud, expresadas a través del régimen de garantías de salud (GES) y de las demás políticas ministeriales en el ámbito de la prevención,

fomento, reparación y rehabilitación de problemas de salud de la población. Además, dicho proceso involucra lograr hospitales más amigables con el usuario, y mejorar las condiciones generales para aumentar la efectividad, calidad y eficiencia de los establecimientos a través de una gestión clínica de excelencia.

Es fundamental que los hospitales logren la madurez que implica este proceso y, a su vez pongan de manifiesto sus logros por medio de la descentralización interna y gestión tanto clínica, de su recurso humano, financiera y logística, además del trabajo coordinado en redes, participación ciudadana, entre otras, que le permitirán alcanzar y sostener altos estándares de atención y equilibrio financiero, y que a su vez estos sean percibidos por los usuarios.

2.4.3 Sistemas de Evaluación

Los recursos financieros y presupuestarios de las instituciones públicas son un activo estratégico para la creación de valor público. Los directivos y profesionales a cargo de su administración deben tener una formación técnica adecuada y actualizada, que les permita una adecuada gestión, no sólo con eficiencia y eficacia, sino también con transparencia y probidad.

El sistema de evaluación EAR, actualmente vigente, constituye un instrumento que se encuentra al servicio de las direcciones de los establecimientos y que otorga herramientas de gestión. Dichas herramientas deben traducirse en mayores competencias para los equipos clínicos, mejorando así el servicio a los usuarios, y cuyo principal opositor es la ausencia de liderazgo. Ello explica la enorme introducción de directivos altamente capacitados y con herramientas básicas de gestión en los cargos de alta dirección pública, como una forma de evitar problemáticas de liderazgo, exigiendo así un estándar mínimo para ejercer.

Tal como se menciona en las secciones precedente, para acceder a la calidad de EAR los hospitales deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos

16 y 18 del D.S. N° 38, y su cumplimiento debe ser certificado anualmente, a través de instrucciones definidas por el MINSAL en conjunto con el Ministerio de Hacienda. A través de tales exigencias, se busca comprobar si es que estos han alcanzado la madurez organizacional acorde a los desafíos que se enfrentan, es decir, las capacidades adecuadas para implementar las estrategias que el sistema establece y de esta manera, lograr los objetivos organizacionales.

En el periodo 2005-2010 se constituyó como herramienta de evaluación a los establecimientos que tuvieran la calidad EAR, un instrumento que contenía más de 250 indicadores. Dicho sistema se caracterizaba por ser excesivamente riguroso en la forma, dicotómico y centrado en la medición de aspectos estructurales. Por ello, a contar del año 2011, el escenario evaluativo fue modificado como una forma de atender a la necesidad de implementar un sistema transversal que denotara las áreas críticas del establecimiento y en consecuencia, considerara como parte fundamental de su desarrollo los esfuerzos en gestión, siendo una práctica por ejercer a diario y conectada a la vez con la visión de futuro el MINSAL

En ese contexto nace el nuevo instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), el cual considera como base metodológica el Cuadro de Mando Integral (CMI), una herramienta de carácter 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 que permite abordar los aspectos más relevantes y a la vez, transitar hacia la visión de futuro establecida.

Sin embargo, para el año 2011, y en búsqueda de la mejora continua de dicho instrumento, el CMI fue implementado en terreno en los 57 hospitales autogestionados del país, obteniendo información relevante para elaborar la versión 2 de la herramienta de evaluación. Los cambios asociados dicen relación con la homologación de indicadores con la contrapartes técnicas del MINSAL, se

le agregaron las metas convenidas a los compromisos de su gestión y finalmente, los indicadores 100% rígidos fueron flexibilizados dentro del CMI por medio de la incorporación de tablas de sensibilidad que miden progresión y proximidad.

La nueva versión del instrumento de evaluación contiene 48 indicadores, agrupados en torno a cuatro estrategias: sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión clínica y excelencia en la atención, los que dan cuenta de los procesos estratégicos que un establecimiento hospitalario debiera controlar, en miras de una exitosa gestión. Es importante mencionar, que su aplicación contempla mediciones mensuales, que permitirán la aplicación de acciones correctoras de manera oportunas, y una evaluación anual, la que exige un cumplimiento del 75% del CMI a cada establecimiento.

2.4.4 Roles a cumplir por los participantes en el proceso de evaluación

Las organizaciones que funcionan eficientemente y sin problemáticas mayores se caracterizan por tener bien desarrollados los roles de sus miembros. El personal que entiende claramente las funciones que deben cumplir y lo que se espera de ellos es, en general, más capaz de cooperar en el éxito mutuo. A partir de ello y considerando la relevancia de un proceso de diagnóstico para determinar aquellos establecimientos que se encuentran en condiciones de ser denominados EAR, es que surge la necesidad por parte del MINSAL de definir claramente los roles establecidos para cada ente evaluador de dicho proceso, así quedarán acotadas las instancias de error y los responsables frente a cada etapa.

Rol del evaluador: En caso que un Servicio de Salud solo tenga un EAR, al Referente de Autogestión de este Servicio de Salud le corresponderá cumplir la función de evaluador de este establecimiento, por el contrario cuando el Servicio de Salud tenga más de un EAR, este rol deberá ser asumido por el Referente de Autogestión del Establecimiento. El evaluador deberá:

- Revisar la existencia de los verificadores exigidos, tanto para requisitos (Art. 16 y 18 Decreto 38) como para Cuadro de Mando Integral.
- Aplicar chek List.
- Mantener objetividad en la Evaluación.
- No debe emitir juicios respecto de las materias Evaluadas.
- No debe sugerir o proponer cambios en los datos registrados.
- Solicitar apoyo del Referente del Servicio de Salud, cuando corresponda.
- Elaborar informe de Evaluación, dejando sin completar la información correspondiente al puntaje obtenido por los EAR en cada uno de los Indicadores de Cuadro de Mando Integral. Además, tampoco le corresponderá completar la información correspondiente a las “Conclusiones”.
- Enviar informe de Evaluación a los Directores y Referentes del Servicio de Salud y Establecimiento evaluado, además del (la) Referente de Autogestión del MINSAL, que le correspondió actuar como árbitro en este proceso de Evaluación.

Rol del evaluado: Debe disponer y entregar oportunamente al evaluador un listado con identificación de todos los responsables de cada uno de los indicadores que aplican al establecimiento, contenidos en el Instrumento de Evaluación (nombre, cargo, anexo, ubicación física en el Establecimiento). Además, deben entregar la información de respaldo de los indicadores de manera ordenada, preparándola con anticipación y, si existiera desacuerdo en la evaluación, no emitir juicio. El momento para manifestar la discrepancia es durante la ventana dispuesta para la apelación.

Rol del supervisor o coordinador: En el caso que un Servicio de Salud tenga más de un EAR, el Referente de Autogestión del Servicio de Salud, deberá cumplir el rol de supervisar y coordinar el proceso de evaluación, periodo en el cual deberá estar en permanente contacto con el Referente de Autogestión del MINSAL asignado a ese Servicio de Salud. Se solicita a los Directores de los Servicios de Salud, el otorgamiento de la liberación de funciones, durante los

cuatro días, a los Referentes de Autogestión de los Servicios de Salud, que les corresponda asumir este Rol. Las tareas a realizar por el supervisor o coordinador son:

- Preocuparse del otorgamiento de viáticos, cuando corresponda.
- Gestionar con los Directores de los EAR, la liberación de funciones para los Referentes de los Establecimientos que actuarán como evaluadores.
- Supervisar y coordinar todo el proceso en el ámbito local (hora de inicio de la actividad, gestionar con la dirección del establecimiento todas las facilidades necesarias para el trabajo de los evaluadores, coordinar el traslado y la alimentación, cuando corresponda.
- Garantizar objetividad en el trabajo realizado por los evaluadores.
- Asumir la tarea de ser el primer filtro ante dudas o consultas planteadas por los evaluados y/o el evaluador.
- Supervisar la elaboración del informe de evaluación.
- Resguardar el envío del informe dirigido a los directores y Referentes de Autogestión del Servicio de Salud y del EAR evaluado, como asimismo al Referente de Autogestión del MINSAL que en el proceso le correspondió como árbitro.

2.4.5 Mecanismo de Evaluación

El Referente de Autogestión que cumpla la función de evaluar un EAR podrá acompañarse de un equipo técnico que le preste apoyo en las materias que lo requiera, no obstante el responsable final de la evaluación es el referente de autogestión designado para la función. Es importante considerar que, dentro del proceso de evaluación, debe existir coordinación entre los evaluadores, con el objetivo de asegurar la presencia de los Responsables por Indicador cuando éste sea requerido.

Entre las funciones que debe realizar el equipo de evaluación se encuentran:

- Revisión de las fuentes de información que sustentan los resultados de los indicadores de CMI.
- En aquellos casos que los datos provengan de una fuente oficial del MINSAL, se validará confirmando que la información ingresada al SIS-Q coincida con el registro de ellos.
- En algunos indicadores cuya fuente de datos corresponda a registros propios del establecimiento, el evaluador deberá realizar una revisión al azar de 10 casos, en total, para validar los datos.

2.4.6 Cuadro de Mando Integral en el Sector Público

El Cuadro de Mando Integral, una herramienta de planificación y control de gestión de mayor actualidad nacida en el ámbito de la empresa donde la competitividad es una de sus principales características, se ha manifestado como herramienta de gestión de gran aprovechamiento para entidades no lucrativas y en particular en el ámbito de la actividad pública. Las perspectivas a considerar tienen una vertiente en parte diferente a la recogida en su aplicación al sector privado; sin embargo en su conjunto y con la adaptación imprescindible de las mismas a las características propias de las entidades que no persiguen un ánimo de lucro y caracterizadas por estar al servicio de la sociedad, la técnica del CMI puede ser de gran utilidad a la hora de establecer a partir de la misión, los objetivos concretos, diseñar el sistema de indicadores de ejecución y control, así como analizar los resultados alcanzados dentro de una lógica de fines o metas y medios o recursos necesarios. Dado que el CMI incorpora indicadores financieros y no financieros, su adaptación a entidades donde priman los segundos sobre los primeros adquiere especial relevancia.

Entendiendo que el CMI es una herramienta de gestión estratégica utilizada para definir los objetivos que conducen al desarrollo de las organizaciones, enmarca el camino entre la visión y misión en un mapa en el que se desprenden indicadores

que van proporcionando a la alta dirección y a las unidades responsables una visión comprensible de su área de responsabilidad. En términos concretos, la información aportada por el CMI permite enfocar la tarea, alineando a los equipos directivos, unidades, recursos y procesos, con las estrategias de la organización.

Aunque tradicionalmente se ha vinculado el desempeño empresarial únicamente al ámbito financiero, muchas de las transacciones que realizan las empresas, como son las expansiones de su mercado potencial y creación de valor a largo plazo para los grupos de interés, no quedan reflejadas en los estados financieros. El CMI tiene en cuenta estos aspectos, planteando un análisis más completo y complejo del desempeño empresarial, al configurar un sistema de indicadores que proporcionan una visión holística integrada del mismo, tal como pusieron de manifiesto Stewart y Carpenter-Hubin (2001). Se trata de un conjunto de medidas que proporcionan a la alta dirección una panorámica rápida y completa del negocio.

En lo que respecta a la adaptación del CMI al Sector Público, según Bastidas y Feliu (2003) es factible trasladar los conceptos del CMI al ámbito público con los debidos ajustes, dado que se refiere a una práctica gerencial propia del sector privado, siendo el ámbito de las empresas públicas totalmente diferente. Sin embargo, los defensores de la aplicación de instrumentos de control de gestión en el área pública recurren a los conceptos de adaptación e innovación y consideran que la aplicación de una técnica originada en el sector privado necesita no sólo de adaptaciones para adecuarse a las particularidades de este ambiente organizacional, sino además disponer de herramientas innovadoras propias (Mora y Vivas, 2001).

Específicamente, en lo que atañe al CMI, hay que considerar que permite la introducción de aspectos vinculados a la planificación estratégica en la Administración Pública, lo que normalmente no forma parte de las preocupaciones de sus gestores, al menos explícitamente. Además, la actuación del sector público

no puede ser evaluada simplemente por medio de un análisis financiero; de hecho, junto con las variables medidas por los indicadores financieros concurren otras variables de gran interés en la evaluación de las actividades de las organizaciones públicas.

Por otro lado, es importante destacar que una gran parte del sector público de numerosos países aún se ve envuelta en una crisis de naturaleza fiscal derivada de la gran escasez de recursos financieros; necesitando los gobiernos, al mismo tiempo, dar respuestas a una ciudadanía cada vez más participativa y exigente. Ello obliga a las administraciones públicas a asumir la búsqueda continua de la optimización de estos recursos escasos, lo que implica la preocupación del gobernante por priorizar las necesidades, dejando de atender frecuentemente algunas de las demandas de la población.

A fin de optimizar la asignación de los recursos presupuestarios, maximizando el beneficio de la mayor parte de la población y frustrando las aspiraciones del menor número posible de ciudadanos, la gestión pública debe enfocar aquellas actuaciones que efectivamente presenten resultados palpables y alineados con los objetivos estratégicos planteados, es decir, los gobiernos tienen el deber de asignar los recursos para obtener resultados, sin caer en la tentación de presentar una imagen de satisfacción plena de las necesidades de los ciudadanos (Drucker, 1999), a costa de incurrir en déficits públicos comprometedores del bienestar futuro de los ciudadanos.

El primer CMI fue introducido por David Kaplan y Robert Norton (Kaplan and Norton, 1992), posterior a la realización de un estudio sobre doce empresas, tras lo cual afirmaban que los indicadores financieros no eran suficientes para conocer el funcionamiento de una organización. Para complementar el énfasis tradicional en el corto plazo implícito en el ámbito financiero, Kaplan y Norton introdujeron tres categorías adicionales que resaltaban aspectos no financieros: la satisfacción del cliente, el proceso interno del negocio, y el aprendizaje y conocimiento.

En la actualidad el Cuadro de Mando Integral planteado por el MINSAL, como una herramienta de gestión clave en los Establecimientos Autogestionados en Red en Chile, está conformado por un total de 48 indicadores, los que se agrupan en torno a cuatro estrategias: sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión clínica y excelencia en la atención, a través de las cuales se pretende alcanzar los objetivos trazados por el MINSAL, logrando una administración eficaz y eficiente de los recursos.

2.4.7 Mapa Estratégico en un establecimiento Autogestionado en Red

Previo a la implementación del CMI es fundamental identificar aquellas variables estratégicas que deben ser incluidas en cada una de las perspectivas que lo componen y que, en su conjunto, contienen relaciones causa-efecto. A partir de ello surge también la importancia de identificar estas variables dentro de la estructura del mapa estratégico.

El instrumento de evaluación CMI, para los Establecimientos Autogestionados en Red, se construye sobre la base de la metodología planteada por Kaplan y Norton, proyectándose desde un mapa estratégico, el que cumple la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución.

Teóricamente el mapa estratégico se constituye de estrategias que permitirán el logro de los objetivos de una organización, en tanto que un CMI se compone de indicadores a través de los cuales se busca alcanzar dichas estrategias. Como herramienta evaluativa, el MINSAL establece que dicho mapa contempla aquellos objetivos e indicadores, que permitirían medir la actuación de un Establecimiento Autogestionado en Red, desde cuatro perspectivas equilibradas: Usuarios, Financiera, Procesos Internos y Aprendizaje y Desarrollo. (Ver tabla 3).

Tabla 3: Mapa Estratégico EAR

	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional			Gestión Clínica	Excelencia de la Atención
Perspectiva Usuarios	Satisfacción de la demanda de atención	Agregar valor al usuario			Articulación de la Red Asistencial	Proporcionar atención de calidad, segura y digna
Perspectiva Financiera	Control presupuestario	Mejoramiento de la productividad			Control de la variabilidad de guías clínicas	Disminuir costos no calidad
Perspectiva Procesos Internos	Control de procesos financieros críticos	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	Usar de manera eficiente los recursos	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	Fortalecer procesos de calidad
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	Estandarizar y optimizar los sistemas de información	Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal			Equipo de gestión clínica	Equipo de calidad conformado

Fuente: Ministerio de Salud 2013

En lo que respecta a los indicadores, el MINSAL establece una numeración de acuerdo al objetivo estratégico al que estos pertenezcan, identificándolos según el tema estratégico y la perspectiva correspondiente. Así se establece una numeración de cuatro niveles, de los cuales los dos primeros representan la ubicación en la matriz del objetivo. La numeración es la siguiente:

Tabla 4: Numeración ítems CMI

Numeración 1: Nivel Tema Estratégico	Numeración 2: Nivel Perspectiva
A. Sustentabilidad Financiera	1. Perspectiva Usuarios
B. Eficiencia Operacional	2. Perspectiva Financiera
C. Gestión Clínica	3. Perspectiva Procesos Internos
D. Excelencia de la Atención	4. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo
Numeración 3: Nivel Objetivos Estratégicos y Ubicación en Mapa Estratégico	
A.1. Estandarizar y optimizar los sistemas de información	B.4. Agregar valor al usuario
A.2. Control de procesos financieros críticos	C.1. Equipo de gestión clínica
A.3. Control presupuestario	C.2. Generación de rutas y guías clínicas relevantes
A.4. Satisfacción de la demanda de atención	C.3. Control de la variabilidad de guías clínicas
B.1. Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal	C.4. Articulación de la Red Asistencial
B.2_1. Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	D.1. Equipo de calidad conformado
B.2_2. Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos	D.2. Fortalecer procesos de calidad
B.2_3. Usar de manera eficiente los recursos	D.3. Disminuir costos no calidad
B.3. Mejoramiento de la productividad	D.4. Proporcionar atención de calidad, segura y digna
Numeración 4: Nivel Numeración de Indicadores	
A.1.1. Número de Sistemas de Información en Operación y Uso	B.2_3.1. Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas
A.1.2. Porcentaje de Cobertura de Egresos Codificados por GRD	B.2_3.2. Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos
A.1.3. Uso de WinSIG según Requerimiento MINSAL	B.2_3.3. Rendimiento de las Horas Contratadas de los

	Profesionales Funcionarios
A.1.4. Porcentaje de Cumplimiento de los Procesos de Compra según la Ley 19.886, sobre Compras Públicas	B.2_3.4. Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia
A.2.1. Porcentaje de Disminución de la Deuda	B.3.1. Índice Ocupacional
A.2.2. Porcentaje de Prestaciones Costeadas	B.3.2. Índice de Sustitución
A.3.1. Equilibrio Financiero	B.3.3. Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos
A.3.2. Porcentaje de Cumplimiento de Pago Oportuno a Proveedores	B.3.4. Gasto en Horas Extraordinarias
A.3.3. Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios	B.4.1. Porcentaje de Reclamos Contestados Oportunamente
A.4.1. Porcentaje de Incremento de Egresos Lista Espera Consulta Nueva Especialidad Excesivamente Prolongada	B.4.2. Participación Ciudadana
A.4.2. Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGE	C.1.1. Programa de Trabajo de Equipo de Gestión Clínica
A.4.3. Porcentaje de Cumplimiento de la Lista de Espera Quirúrgica	C.2.1. Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos
B.1.1. Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Mejora del Clima Laboral	C.3.1. Índice Funcional
B.1.2. Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas	C.3.2. Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior

B.1.3. Porcentaje de Funcionarios Capacitados que Ejercen Funciones de Jefatura	C.4.1. Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades
B.2_1.1. Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años	C.4.2. Porcentaje de Medición de Pertinencia en Especialidades Trazadoras
B.2_1.2. Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	D.1.1. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
B.2_1.3. Categorización de Pacientes en Niveles de Riesgo Dependencia	D.2.1. Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría
B.2_1.4. Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH	D.2.2. Porcentaje de Planes de Mejora Implementados, Generados como Producto de una Auditoría
B.2_2.1. Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	D.3.1. Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas
B.2_2.2. Porcentaje de Implementación Dosis Diaria	D.4.1. Tasa de Pacientes con Ulceras o Lesiones por Presión
B.2_2.3. Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico	D.4.2. Porcentaje de Brotes de IAAS que Cuentan con Informe Final
B.2_2.4. Gestión del Presupuesto del Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	D.4.3. Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo
B.2_2.5. Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (DM)	D.4.4. Porcentaje de Satisfacción Usuaria en Urgencia y Policlínicos

Fuente: Ministerio de Salud 2013

El total de indicadores presentes en la matriz es 48, y se organizan de la siguiente manera:

Tabla 5: Organización de indicadores Mapa Estratégico

	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	Excelencia de la Atención	Total General
Perspectiva Usuarios	3	2	2	4	11
Perspectiva Financiera	3	4	2	1	10
Perspectiva Procesos Internos	2	13	1	2	18
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	4	3	1	1	9
Total General	12	22	6	8	48

Fuente: Ministerio de Salud 2013

El CMI para el sector público de la salud constituye entonces una herramienta fundamental que pretende evaluar y controlar las principales áreas que el MINSAL define para los establecimientos autogestionados. Así, mediante el detalle de los indicadores, las perspectivas y objetivos en las que estos se concentran, conllevan a establecer una visión más clara de lo que se busca lograr al interior de las instituciones, buscando siempre una mejora para el sistema de salud chileno.

CAPÍTULO III

Objetivos y Metodología

CAPÍTULO III: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El capítulo que se presenta a continuación describe en primera instancia los objetivos tanto generales como específicos a los que responderá la investigación, para luego dar paso a los procedimientos relacionados con las etapas de recolección de datos, fuentes de información y mecanismos de obtención de la misma. Además de la metodología de investigación, se definen las características de los datos y su comportamiento.

La investigación utiliza técnicas básicas de trabajo de campo, que pueden diferenciarse entre técnicas cuantitativas y técnicas cualitativas, con sus propias ventajas y limitaciones, pero cuyo propósito es distinto por ser mutuamente complementarias.

3.1 Objetivos de la Investigación

3.1.1 Objetivo General

Identificar la relación entre la sustentabilidad financiera en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena con los resultados de excelencia en la atención.

3.1.2 Objetivos Específicos

Para lograr el objetivo general, la presente investigación ha definido tres objetivos específicos:

1. Describir los indicadores de sustentabilidad financiera y de excelencia en la atención en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena.

2. Definir técnicamente las variables de los indicadores de sustentabilidad financiera y de la excelencia en la atención en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena.
3. Contrastar el presupuesto y tamaño del establecimiento con indicadores de sustentabilidad financiera y de la excelencia en la atención en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena, verificando las relaciones entre dichas variables.

3.2 Tipo de Investigación

El concepto sustentabilidad financiera hace referencia a la manera que tiene un individuo u organización de responsabilizarse de sus acciones, lo anterior, bajo el prisma de una eficiente administración de los recursos, garantizando así el patrimonio de generaciones futuras. En el marco de mejorar la administración de los recursos en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena, es que el MINSAL genera un sistema de información que permite evaluar dichos establecimientos en aras de una gestión exitosa. A través de él se realiza un seguimiento de la gestión que hace cada centro hospitalario de sus recursos, abarcando variables como: sistemas de información en uso, montos devengados por facturas de compra, montos de deuda por periodos, gastos devengados, pagos a proveedores, entre otras variables. Por medio de la relación entre tales variables se converge en indicadores que permitirán determinar el nivel de cumplimiento de dicha estrategia.

Con base a lo anterior, el estudio a realizar se enmarca dentro de una investigación transversal de tipo descriptiva. En el diseño transversal se obtiene la medición de los indicadores de estudio en un momento dado, en tanto que el nivel descriptivo implica la caracterización de una situación concreta indicando sus atributos más distintivos o diferenciadores. Sin embargo no solo abarca una recolección de datos sino la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables; se recogen los datos sobre la base de una

hipótesis o teoría, exponiendo y resumiendo la información de forma metódica, para posteriormente analizar los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

3.3 Recolección de datos

3.3.1 Datos Primarios

En lo que se refiere a elaboración de información, se procedió a crear dos bases de datos, para las cuales se recurrió a recabar información a través del sistema informático SIS-Q, Sistema de Información en Gestión de Calidad en Salud. Dicha herramienta fue elaborada por el MINSAL con la finalidad de agrupar mediante módulos en un sistema en red las tres grandes acreditaciones propias del sistema público: Autorización Sanitaria, Acreditación de Prestadores y Autogestión.

La elaboración de información para el presente análisis se realiza mediante la extracción de datos desde el módulo de Autogestión. A partir de allí, se elaboran dos bases de datos las que incorporan a cabalidad toda la información respecto del comportamiento mensual que han tenido los indicadores de los hospitales clasificados como EAR en Chile, para el periodo de evaluación enero-agosto del año 2013.

La primera base de datos incorpora cada uno de los indicadores que componen las estrategias mencionadas en secciones anteriores y que conforman el módulo de Autogestión. Dichas cifras permitirán llevar a cabo el análisis estadístico que tiene por finalidad medir el grado de relación existente entre las estrategias de Sustentabilidad Financiera y de Excelencia en la Atención para los EAR en el país. Además, se incorporan también las otras dos estrategias del módulo –Eficiencia Operacional y Gestión Clínica- de tal manera que ciertos indicadores presentes en ellas puedan formar parte del análisis estadístico como variables relevantes para el estudio. La segunda base de datos contiene datos mensuales de cada una de

las variables que componen los indicadores presentes en la base de datos número uno. A través de esta se busca explicar aún más a fondo el porqué del comportamiento de los indicadores y por ende la causa elemental que explicaría las relaciones existentes entre las estrategias objetivos de análisis.

3.3.2 Datos secundarios

Se recurrirá a fuentes de información secundaria en cuanto a la obtención de indicadores para conformar la base de análisis con la que se efectuará la comparación de estrategias entre los establecimientos en cuestión, además de obtener información de libros, revistas electrónicas, publicaciones y páginas web, las que permitieron conformar el marco teórico de la investigación.

3.4 Tratamiento de la Información

El estudio toma como base para el análisis de resultados datos porcentuales que representan el cumplimiento de las metas mensuales de los indicadores, además de considerar como parte explicativa de ello las variables que componen los indicadores, generando un análisis más acabado del tema.

A partir de la premisa que analizar la información supone organizar formas de establecer categorías, modelos, unidades descriptivas, además de interpretar la información, dando sentido y significado al análisis, explicando las categorías, buscando relaciones entre dimensiones descriptivas, se realiza un análisis estadístico e interpretativo, encontrando importantes consideraciones que justifican y explican el comportamiento de los datos para el análisis y su interpretación.

3.5 Análisis Estadístico de los Datos

Para efectos de análisis estadístico de información, en primera instancia se realiza un análisis descriptivo univariado de los indicadores y variables descritos en el capítulo IV para el conjunto de hospitales autogestionados en red del sistema público chileno. Dicho estudio tiene por objeto describir, analizar y representar el conjunto de datos utilizando métodos estadísticos y gráficos que resuman y presenten la información contenida en ellos. Posteriormente, se llevara a cabo un análisis bivariado el que tiene por objetivo establecer la relación existente entre dos variables o grupos de variables, para finalmente realizar un análisis multivariado cuya finalidad radica en el análisis de la interdependencia y/o interrelación presente en las variables (indicadores) objeto del presente estudio, el que será abordado mediante un análisis factorial de los indicadores en cuestión.

3.5.1 Análisis Multivariado de Datos: Análisis Factorial

El análisis multivariado de datos es el método estadístico que permite llevar a cabo el análisis de más de dos variables a la vez, con la finalidad de determinar las relaciones de dependencia o interdependencia entre ellas. Considera dos métodos de análisis: el primero es denominado el método de dependencia, en el que existen una o más variables dependientes y una o más variables independientes, en tanto que el segundo método es el de interdependencia, en el cual no existen variables dependientes e independientes. Es este último en el que se basa el análisis del tema objeto de la presente investigación.

La técnica estadística multivariante del análisis factorial ha experimentado una creciente utilización en el último periodo en todas las áreas de investigación de carácter empresarial. Conforme aumenta el número de variables necesarias a estudiar existe una necesidad mayor de conocer en profundidad las interrelaciones de las mismas. A partir de allí, el análisis factorial se dictamina como una técnica

especialmente adecuada para analizar las pautas de relaciones complejas y multidimensionales.

El análisis factorial es un nombre genérico que se da a una clase de métodos multivariantes cuyo propósito principal radica en definir la estructura subyacente en una matriz de datos, es decir, aborda el problema de cómo analizar la estructura de las interrelaciones (correlaciones) entre un gran número de variables con las definiciones de una serie de dimensiones subyacentes comunes, conocidas como factores. A través del análisis factorial se pueden identificar en primera instancia las dimensiones, para luego determinar el grado en que se justifica cada variable por cada dimensión. Una vez determinadas dichas dimensiones y la explicación de cada variable, se pueden lograr los dos objetivos principales para el análisis factorial: el resumen y la reducción de datos. Desde la perspectiva del resumen de datos, el análisis factorial proporciona al investigador una comprensión clara de las variables que podrían actuar juntas y cuántas de las variables se puede esperar que tengan un impacto en el análisis. Los procedimientos que muestran el impacto de las variables correlacionadas son los basados en etapas de regresión múltiple o el análisis discriminante. Estas técnicas introducen las variables de forma secuencial, basadas en su capacidad adicional de predicción sobre las variables en el modelo, conforme entra la variable de un factor, es menos probable que variables adicionales del mismo factor sean también incluidas, porque están altamente correlacionadas y potencialmente tienen menos capacidad de predicción adicional, que las variables que no estén en ese factor. Esto no significa que las otras variables del factor sean menos importantes o tengan menos impacto, sino que su efecto ya ha sido representado por la variable incluida en ese factor.

Ahora bien, las técnicas de análisis multivariante tienen la capacidad de acomodar las variables múltiples con el fin de comprender las relaciones complejas que no son posibles de obtener a través de los métodos univariantes y bivariantes. El aumento del número de variables también aumenta la posibilidad de que estas no

estén correlacionadas. En su lugar, los grupos de variables pueden estar interrelacionados en la medida que son todos representativos de un concepto más general, el investigador debe saber cómo se relacionan las variables para interpretar mejor los resultados.

El análisis factorial está categorizado dentro de las técnicas de interdependencia, en las que se consideran todas las variables simultáneamente, cada una relacionada con todas las demás y empleando todavía el valor teórico. En el análisis factorial, los valores teóricos (factores) se forman para maximizar su explicación de la serie de variables enteras, no para predecir variables dependientes. Es importante destacar que las técnicas de factores pueden alcanzar sus propósitos desde una perspectiva exploratoria o confirmatoria, es decir, pueden simplemente extraer lo que proporcionan los datos y no establecer ningún tipo de restricción en cuanto al número de componente o estimación de los mismos; o bien, dicha técnica puede buscar responder a ciertos “pensamientos preconcebidos” sobre la estructura real de los datos, basándose en algún apoyo teórico o investigaciones previas, lo que implica cuestiones como qué variables deben ser agrupadas en un factor o el número exacto de factores.

Es importante tener en consideración que el análisis factorial siempre producirá factores, por tanto es un candidato potencial para el fenómeno “basura dentro, basura fuera”. Si se incluyen de forma indiscriminada una gran cantidad de variables y solo se espera que el análisis factorial arroje la solución entonces existe una posibilidad de obtener malos resultados. La calidad y el significado de los factores derivados reflejan un acercamiento conceptual a las variables incluidas en el análisis. El uso del análisis factorial como una técnica de resumen de datos no excluye la necesidad de una base conceptual para cualquiera de las variables analizadas.

CAPÍTULO IV

Indicadores y Variables del Cuadro de Mando Integral

CAPÍTULO IV: INDICADORES Y VARIABLES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

En términos generales, los indicadores de salud representan medidas resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Específicamente, proporcionan señales para monitorear la gestión de un servicio, lo que permite asegurar que las actividades vayan en el sentido correcto, evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades. Por lo tanto, es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas.

Debido a su relevancia e impacto en la población, todo indicador de gestión en salud debiera ser considerado por los directivos de las redes asistenciales para guiar las estrategias a implementar en los establecimientos que conforman la Red Asistencial de Salud Pública. En la presente sección se darán a conocer los indicadores que componen las estrategias de Sustentabilidad Financiera y Excelencia en la Atención –objeto principal de la presente investigación-, además de definir aquellas variables que conforman cada uno de los indicadores⁴.

4.1 Definición Técnica, Sistema de Puntaje y Metodología de Cálculo de los indicadores del Cuadro de Mando Integral

De acuerdo a lo descrito previamente, se entiende que un indicador es un instrumento que permite medir el logro de objetivos y avances para la evaluación de los resultados alcanzados. Siendo una expresión cuantitativa, se construyen a partir de variables cuantitativas o cualitativas, las que reflejan cambios y permiten

⁴ De igual manera se realiza la descripción de indicadores y variables que forman parte de las otras dos estrategias del CMI: Estrategia de Eficiencia Operacional y Estrategia de Gestión Clínica. Ello considerando que ciertos indicadores y variables son parte importante del análisis estadístico en el Capítulo V. Ver Anexo N°1.

monitorear y evaluar resultados. A continuación se presentan cada uno de los indicadores que componen las estrategias de autogestión, agrupándolas además en cuanto a perspectivas y objetivos, indicando una descripción de cada uno y ciertas características como: responsable, frecuencia de medición, fórmula, meta, puntuación, entre otras.

4.1.1 Estrategia de Sustentabilidad Financiera

Perspectiva : Aprendizaje y desarrollo

Objetivo : Estandarizar y optimizar los sistemas de información

Tabla 6: Indicador “Número de Sistemas de Información en Operación y Uso” (A.1.1)

Responsable	:	Encargado de Gestión en TIC					
Descripción	:	Este indicador mide el número de sistemas de información en operación. Tanto la implementación como el uso, deberán ser certificados por el Departamento de Gestión de la Información del MINSAL.					
Frecuencia de Medición	:	Mensual					
Tipo de Unidad	:	Número					
Polaridad	:	Los valores altos son buenos					
Fórmula	:	\sum Número de sistemas de información en operación y uso.					
Validación de Datos	:	Departamento de Gestión de la Información del MINSAL.					
Línea Base	:	Sin línea base					
Meta	:	> 90%					
Puntuación	:	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Puntuación</td> <td>Nº Sistemas</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>< 7</td> </tr> </table>		Puntuación	Nº Sistemas	0	< 7
Puntuación	Nº Sistemas						
0	< 7						

	1	7 – 9
	2	10 – 12
	3	13 – 15
	4	16

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7: Indicador “Porcentaje de Cobertura de Egresos Codificados por GRD” (A.1.2)

Responsable	:	Jefe de Unidad de Registro y Análisis de la Casuística Hospitalaria (GRD)				
Descripción	:	Este indicador permite capturar y procesar el conjunto mínimo básico de datos de los egresos hospitalarios generados en el establecimiento y disponer de información de apoyo para la toma decisiones de los distintos niveles directivos.				
Frecuencia de Medición	:	Mensual				
Tipo de Unidad	:	Porcentaje				
Polaridad	:	Los valores altos son buenos				
Fórmula	:	Número de egresos codificados GRD en el mes en evaluación / Número de egresos del establecimiento en el mes en evaluación x 100				
Validación de Datos	:	Departamento de Desarrollo Estratégico del MINSAL.				
Línea Base	:	Sin línea base				
Meta	:	<p>≥ 50% de los egresos codificados para hospitales con sistema en funcionamiento desde el año 2012</p> <p>≥ 70% de los egresos codificados para aquellos hospitales con el sistema implementado durante el año 2011</p> <p>≥ 80% para aquellos hospitales que implementaron este sistema con anterioridad al año 2011.</p>				
Puntuación	:	<table border="1"> <tr> <td>Puntuación</td> <td>GRD</td> <td>GRD</td> <td>GRD antes</td> </tr> </table>	Puntuación	GRD	GRD	GRD antes
Puntuación	GRD	GRD	GRD antes			

		desde 2012	desde 2011	de 2011
	0	X < 35,0%	X < 55,0%	X < 65,0%
	1	35,0% < X < 40,0%	55,0% < X < 60,0%	65,0% < X < 70,0%
	2	40,0% < X < 45,0%	60,0% < X < 65,0%	70,0% < X < 75,0%
	3	45,0% < X < 50,0%	65,0% < X < 70,0%	75,0% < X < 80,0%
	4	X > 50,0%	X > 70,0%	X > 80,0%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 8: Indicador “Uso de WinSIG según Requerimiento MINSAL” (A.1.3)

Responsable	:	Encargado de Finanzas						
Descripción	:	Este indicador mide el uso de WinSIG, según requerimiento MINSAL, lo que permite registrar los costos en que ha incurrido el hospital, en un periodo determinado de tiempo, en base a los centros de responsabilidad o centros de costo definidos.						
Frecuencia de Medición	:	Mensual						
Tipo de Unidad	:	Dicotómico						
Polaridad	:	La palabra “sí” es buena						
Fórmula	:	Uso de WinSIG según requerimiento MINSAL (SI – NO)						
Validación de Datos	:	Departamento de Desarrollo Estratégico del MINSAL.						
Línea Base	:	Sin línea base						
Meta	:	Sí						
Puntuación	:	<table border="1"> <tr> <td>Cumplimiento</td> <td>Puntuación</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>4</td> </tr> </table>	Cumplimiento	Puntuación	No	0	Sí	4
Cumplimiento	Puntuación							
No	0							
Sí	4							

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 9: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de los Procesos de Compra según la Ley 19.886, sobre Compras Públicas” (A.1.4)

Responsable	:	Encargado de Finanzas												
Descripción	:	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de los procesos de compra según la Ley 19.886, sobre compras públicas, a través de Chilecompra, utilizando su plataforma Mercado Público y CENABAST.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	Monto mensual de compras realizadas a través de la plataforma Mercado Público y CENABAST / (Ejecución presupuestaria mensual correspondiente a los subtítulos 22 y 29 – Criterios de exclusión señalados en el artículo 53 del Decreto 250) x 100												
Validación de Datos	:	Informe contable mensual del establecimiento												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 95\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$95\% < X < 96,68\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$96,68\% < X < 98,34\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$98,34\% < X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 95\%$	1	$95\% < X < 96,68\%$	2	$96,68\% < X < 98,34\%$	3	$98,34\% < X < 100,0\%$	4	$X = 100,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 95\%$													
1	$95\% < X < 96,68\%$													
2	$96,68\% < X < 98,34\%$													
3	$98,34\% < X < 100,0\%$													
4	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva : Procesos Internos

Objetivo : Control de procesos financieros críticos

Tabla 10: Indicador “Porcentaje de Disminución de la Deuda” (A.2.1)

Responsable	:	Encargado de Finanzas												
Descripción	:	Este indicador cuantifica la disminución de la deuda acumulada entre diciembre del año anterior y la deuda acumulada en el año en curso.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores positivos son buenos												
Fórmula	:	$\frac{[\text{Monto deuda total acumulada a diciembre en el período } n - 1 - \text{Monto deuda total vencida acumulada en el período } n]}{\text{Monto deuda total acumulada a diciembre del período } n - 1} \times 100$												
Validación de Datos	:	SIGFE												
Línea Base	:	Deuda acumulada a diciembre del año anterior												
Meta	:	10% de reducción, bajo la línea base o deuda cero												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 2,5\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$2,5\% < X < 5,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$5,0\% < X < 7,5\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$7,5\% < X < 10,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X > 10,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 2,5\%$	1	$2,5\% < X < 5,0\%$	2	$5,0\% < X < 7,5\%$	3	$7,5\% < X < 10,0\%$	4	$X > 10,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 2,5\%$													
1	$2,5\% < X < 5,0\%$													
2	$5,0\% < X < 7,5\%$													
3	$7,5\% < X < 10,0\%$													
4	$X > 10,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 11: Indicador “Porcentaje de Prestaciones Costeadas” (A.2.2)

Responsable	:	Encargado de Finanzas
Descripción	:	Este indicador permite conocer el costo real de siete programas de Prestaciones Valoradas (PPV), ajustadas por riesgos.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son buenos

Fórmula	:	Número de prestaciones PPV costeadas en el mes / Número de prestaciones PPV otorgadas en el mes ⁵ x 100													
Validación de Datos	:	WinSIG y GRD													
Línea Base	:	Sin línea base													
Meta	:	100% de costeo de prestaciones que apliquen													
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>X < 95,00%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>95,00% ≤ X < 96,68%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>96,68% ≤ X < 98,34%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>98,34% ≤ X < 100,00%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>X = 100,00%</td> </tr> </tbody> </table>		Puntuación	Cumplimiento	0	X < 95,00%	1	95,00% ≤ X < 96,68%	2	96,68% ≤ X < 98,34%	3	98,34% ≤ X < 100,00%	4	X = 100,00%
Puntuación	Cumplimiento														
0	X < 95,00%														
1	95,00% ≤ X < 96,68%														
2	96,68% ≤ X < 98,34%														
3	98,34% ≤ X < 100,00%														
4	X = 100,00%														

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva : Procesos Internos

Objetivo : Control presupuestario

Tabla 12: Indicador “Equilibrio Financiero” (A.3.1)

Responsable	:	Encargado de Finanzas
Descripción	:	Este indicador permite medir la relación que debe existir entre los gastos devengados y los ingresos devengados del periodo, en el establecimiento autogestionado.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Número
Polaridad	:	El valor 1 es bueno
Fórmula	:	Gastos totales devengados en el mes / Ingresos totales devengados en el mes
Validación de Datos	:	SIGFE
Línea Base	:	Sin línea base
Meta	:	≤ 1

⁵ Del listado de las siete prestaciones definidas por el referente técnico MINSAL.

Puntuación :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X > 1,0500$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$1,0334 < X \leq 1,0500$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$1,0168 < X \leq 1,0334$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$1,0000 < X \leq 1,0168$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \leq 1,0000$</td> </tr> </tbody> </table>		Puntuación	Cumplimiento	0	$X > 1,0500$	1	$1,0334 < X \leq 1,0500$	2	$1,0168 < X \leq 1,0334$	3	$1,0000 < X \leq 1,0168$	4	$X \leq 1,0000$
	Puntuación	Cumplimiento												
	0	$X > 1,0500$												
	1	$1,0334 < X \leq 1,0500$												
	2	$1,0168 < X \leq 1,0334$												
	3	$1,0000 < X \leq 1,0168$												
4	$X \leq 1,0000$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 13: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Pago Oportuno a Proveedores” (A.3.2)

Responsable :	Encargado de Finanzas						
Descripción :	Este indicador permite llevar un control de los montos correspondientes a los pagos mensuales realizados a los proveedores del establecimiento.						
Frecuencia de Medición :	Mensual						
Tipo de Unidad :	Porcentaje						
Polaridad :	El valor 1 es bueno						
Fórmula :	$\frac{\text{Monto correspondiente a facturas pagadas en el mes dentro de 60 días}}{\text{Monto correspondiente al total de facturas pagadas en idéntico mes}} \times 100$						
Validación de Datos :	Equipo de finanzas del establecimiento						
Línea Base :	Sin línea base						
Meta :	= 100%						
Puntuación :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 85\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$85\% \leq X < 90\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 85\%$	1	$85\% \leq X < 90\%$
Puntuación	Cumplimiento						
0	$X < 85\%$						
1	$85\% \leq X < 90\%$						

		2	$90\% \leq X < 95\%$
		3	$95\% \leq X < 100\%$
		4	$X = 100\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 14: Indicador “Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios” (A.3.3)

Responsable	:	Encargado de Finanzas								
Descripción	:	Este indicador mide la optimización en el proceso de recaudación de los ingresos propios.								
Frecuencia de Medición	:	Mensual								
Tipo de Unidad	:	Porcentaje								
Polaridad	:	Los valores positivos son buenos								
Fórmula	:	$\frac{\text{Recaudación de Ingresos propios en el mes de evaluación}}{\text{Recaudación de Ingresos propios de enero a diciembre del año anterior}} \times 100$								
Validación de Datos	:	SIGFE								
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior								
Meta	:	Incremento anual de 10% de la línea base								
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 2,9\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$2,9\% \leq X < 5,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$5,0\% \leq X < 7,5\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 2,9\%$	1	$2,9\% \leq X < 5,0\%$	2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$
Puntuación	Cumplimiento									
0	$X < 2,9\%$									
1	$2,9\% \leq X < 5,0\%$									
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$									

		3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$
		4	$X \geq 10,0\%$

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva : Usuarios

Objetivo : Satisfacción de la demanda de atención

**Tabla 15: Indicador “Porcentaje de Incremento de los Egresos de la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Excesivamente Prolongada”
(A.4.1)**

Responsable	:	Encargado de Área Ambulatoria de Especialidades
Descripción	:	Este indicador mide el total de egresos realizados del universo de la lista de espera de consulta nueva de especialidad excesivamente prolongada (120 días), comprometida para el período.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son buenos
Fórmula	:	Número de egresos de la lista de espera en consulta nueva de especialidad con más de 120 días de espera al cierre de cada mes / (Número de egresos

	comprometidos en el año, de consulta nueva de especialidad con más de 120 días / 12) x 100												
Validación de Datos	: RNLE												
Línea Base	: Sin línea base												
Meta	: 100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente												
Puntuación	: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>X < 90,0%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>90,0% ≤ X < 93,3%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>93,3% ≤ X < 96,6%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>96,6% ≤ X < 100,0%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>X=100,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	X < 90,0%	1	90,0% ≤ X < 93,3%	2	93,3% ≤ X < 96,6%	3	96,6% ≤ X < 100,0%	4	X=100,0%
Puntuación	Cumplimiento												
0	X < 90,0%												
1	90,0% ≤ X < 93,3%												
2	93,3% ≤ X < 96,6%												
3	96,6% ≤ X < 100,0%												
4	X=100,0%												

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 16: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGE” (A.4.2)

Responsable	: Subdirector Médico
Descripción	: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las garantías de oportunidad (GO), para los problemas de salud incluidos en el decreto AUGE, vigente en el periodo a evaluar.
Frecuencia de Medición	: Mensual
Tipo de Unidad	: Porcentaje
Polaridad	: Los valores altos son buenos
Fórmula	: $\frac{(\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías incumplidas con hito} + \text{Garantías exceptuadas})}{(\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías incumplidas con hito} + \text{Garantías exceptuadas})} \times 100$

		Garantías exceptuadas + Garantías exceptuadas no gestionables por SS + Garantías retrasadas) en el mes x 100												
Validación de Datos	:	Datamart, SIGGES												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 95\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$95\% \leq X < 96,68\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$96,68\% \leq X < 98,34\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$98,34\% \leq X < 100$</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>$X < 100\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 95\%$	1	$95\% \leq X < 96,68\%$	2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$	3	$98,34\% \leq X < 100$	0	$X < 100\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 95\%$													
1	$95\% \leq X < 96,68\%$													
2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$													
3	$98,34\% \leq X < 100$													
0	$X < 100\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 17: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de la Lista de Espera Quirúrgica” (A.4.3)

Responsable	:	Encargado Área Quirúrgica
Descripción	:	El objetivo de este indicador, es lograr el nivel de producción de egresos de la lista espera de intervención quirúrgica excesivamente prolongada (mayor a un año), respecto del universo programado, el que deberá estar ajustado a recursos autorizados en los servicios de salud para dichos fines, en el año en curso.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son buenos
Fórmula	:	Número de egresos mensuales de la lista de espera

		quirúrgica / Número de egresos mensuales de la lista de espera quirúrgica programados y ajustados a recursos autorizados en el periodo x 100												
Validación de Datos	:	RNLE												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente.												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$90,0\% \leq X < 93,3\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$93,3\% \leq X < 96,6\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$96,6\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	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	$X = 100,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
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	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

4.1.2 Estrategia de Excelencia de la Atención

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo: Equipos de calidad conformados

Tabla 18: Indicador “Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente” (D.1.1)

Responsable	:	Dirección del Establecimiento
Descripción	:	La conformación de la unidad de calidad y seguridad del paciente, mide la presencia de una estructura formal que centraliza la gestión de la calidad y la seguridad de los pacientes en la institución.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Indicador dicotómico
Polaridad	:	La palabra Sí, es buena
Fórmula	:	Existe, SÍ; no existe, NO
Validación de Datos	:	Documentos aprobados por la dirección del

		establecimiento						
Línea Base	:	Sin línea base						
Meta	:	Contar con la unidad de calidad y seguridad del paciente y que cumpla el 100% de los requisitos						
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cumplimiento</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Cumplimiento	Puntuación	NO	0	SI	4
Cumplimiento	Puntuación							
NO	0							
SI	4							

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo: Fortalecer procesos de calidad

**Tabla 19: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría”
(D.2.1)**

Responsable	:	Encargado de Auditoría
Descripción	:	Mide el grado de cumplimiento del programa de actividades de auditoría, planificado para un período determinado.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son buenos
Fórmula	:	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de auditorías realizadas en el establecimiento en el mes}}{\text{N}^{\circ} \text{ de auditorías programadas en el plan anual de auditoría del establecimiento en el mes}} \times 100$
Validación de Datos	:	CAIGG, Informes de Auditoría
Línea Base	:	Sin línea base
Meta	:	100% de cumplimiento en auditorías referidas a objetivos gubernamentales y ministeriales. 80% de cumplimiento para los demás objetivos, según

	programa anual.		
Puntuación :	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	$X = 100\%$	$X \geq 80\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 20: Indicador “Porcentaje de Planes de Mejora Implementados, Generados como Producto de una Auditoría” (D.2.2)

Responsable :	Jefes de Áreas Auditadas
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 plan anual de auditoría enviado al CAIGG (consejo auditoría interna general de gobierno).
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.
Validación de Datos :	1. Planes de mejora formalizados por el auditado, en

		respuesta a las observaciones de auditoría que se encuentren vencidos. 2. Auditorías de seguimiento.												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 85,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$85,0\% \leq X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$90,0\% \leq X < 95,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$95,0\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	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	$X = 100,0\%$
		Puntuación	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	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Financiera

Objetivo: Disminuir los costos de la no calidad

Tabla 21: Indicador “Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas” (D.3.1)

Responsable	:	Encargado Pabellón Quirúrgico
Descripción	:	Este indicador mide las intervenciones quirúrgicas no planificadas a un paciente ya operado, como consecuencia de la cirugía primaria, dentro de los siguientes treinta días de la intervención. Se incluye sólo cirugías mayores en atención cerrada.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores bajos son buenos
Fórmula	:	Número de reintervenciones quirúrgicas no planificadas en el mes / Número total de pacientes operados en el mes x 100
Validación de Datos	:	Sistema de seguimiento de reintervenciones

		quirúrgicas, informes de resultado del encargado de pabellones quirúrgicos y constancia de su envío a la unidad de calidad del establecimiento.																		
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior																		
Meta	:	10% de disminución de la línea base o 4%																		
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Reducción de línea base</th> <th>Porcentaje meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 2,5\%$</td> <td>$X > 5,5\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$2,5\% \leq X < 5,0\%$</td> <td>$5,0\% < X \leq 5,5\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$5,0\% \leq X < 7,5\%$</td> <td>$4,5\% < X \leq 5,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$7,5\% \leq X < 10,0\%$</td> <td>$4,0\% < X \leq 4,5\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 10,0\%$</td> <td>$X \leq 4,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Reducción de línea base	Porcentaje meta	0	$X < 2,5\%$	$X > 5,5\%$	1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$5,0\% < X \leq 5,5\%$	2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$4,5\% < X \leq 5,0\%$	3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$4,0\% < X \leq 4,5\%$	4	$X \geq 10,0\%$	$X \leq 4,0\%$
		Puntuación	Reducción de línea base	Porcentaje meta																
		0	$X < 2,5\%$	$X > 5,5\%$																
		1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$5,0\% < X \leq 5,5\%$																
		2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$4,5\% < X \leq 5,0\%$																
		3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$4,0\% < X \leq 4,5\%$																
4	$X \geq 10,0\%$	$X \leq 4,0\%$																		

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Usuarios

Objetivo: Proporcionar atención de calidad, segura y digna

**Tabla 22: Indicador “Tasa de Pacientes con Úlceras o Lesiones por Presión”
(D.4.1)**

Responsable	:	Encargado de Calidad																		
Descripción	:	Este indicador mide el número de pacientes que presentaron úlceras o lesiones por presión (UPP), por días de exposición al riesgo (incidencia).																		
Frecuencia de Medición	:	Mensual																		
Tipo de Unidad	:	Tasa																		
Polaridad	:	Los valores bajos son buenos																		
Fórmula	:	Nº de pacientes con úlceras por presión originadas a partir de las 24 horas de ingreso documentado a hospitalización en el mes / Nº de días cama ocupados en el mes x 10.000																		
Validación de Datos	:	Planilla resumen de seguimiento de UPP mensual, respaldado por sistema de registro en unidades clínicas.																		
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior																		
Meta	:	10% de disminución de la línea base ó menor o igual a 5 pacientes con UPP por 10000 días de exposición.																		
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>% reducción</th> <th>Proximidad a la meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 2,5\%$</td> <td>$X > 0,001000$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$2,5\% \leq X < 5,0\%$</td> <td>$0,000834 < X \leq 0,001000$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$5,0\% \leq X < 7,5\%$</td> <td>$0,000668 < X \leq 0,000834$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$7,5\% \leq X < 10,0\%$</td> <td>$0,0005 < X \leq 0,000668$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 10,0\%$</td> <td>$X \leq 0,0005$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	% reducción	Proximidad a la meta	0	$X < 2,5\%$	$X > 0,001000$	1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$0,000834 < X \leq 0,001000$	2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$0,000668 < X \leq 0,000834$	3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$0,0005 < X \leq 0,000668$	4	$X \geq 10,0\%$	$X \leq 0,0005$
Puntuación	% reducción	Proximidad a la meta																		
0	$X < 2,5\%$	$X > 0,001000$																		
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$0,000834 < X \leq 0,001000$																		
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$0,000668 < X \leq 0,000834$																		
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$0,0005 < X \leq 0,000668$																		
4	$X \geq 10,0\%$	$X \leq 0,0005$																		

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 23: Indicador “Porcentaje de Brotes de IAAS que Cuentan con Informe Final” (D.4.2)

Responsable	:	Encargado de (IAAS) Infecciones Asociadas a la Atención en Salud							
Descripción	:	Este indicador mide el número de brotes de infecciones asociadas a atención en salud (IAAS), que cuentan con informe final del evento sucedido, en relación al total de brotes que se han presentado en la institución en el período.							
Frecuencia de Medición	:	Mensual							
Tipo de Unidad	:	Porcentaje							
Polaridad	:	Los valores positivos son buenos							
Fórmula	:	Número de brotes de IAAS terminados en el mes, que cuentan con informe final / Total de brotes de IAAS terminados en el mes x 100							
Validación de Datos	:	Informes finales de brote.							
Línea Base	:	Sin línea base							
Meta	:	100%							
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Escala</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>X < 100,0%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>X = 100,0%</td> </tr> </tbody> </table>		Puntuación	Escala	0	X < 100,0%	4	X = 100,0%
		Puntuación	Escala						
		0	X < 100,0%						
4	X = 100,0%								

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 24: Indicador “Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo” (D.4.3)

Responsable	:	Referente Hospital Amigo del Establecimiento
Descripción	:	Este indicador mide el cumplimiento de las diez medidas establecidas por el MINSAL para ser considerado “Hospital Amigo”, las cuales fortalecen la

		relación del equipo de salud con los usuarios, hacia una salud amable, comprometida, acogedora y participativa, en el contexto de la satisfacción usuaria. Aplican según cartera de servicios.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	Nº de medidas de hospital amigo implementadas y funcionando												
Validación de Datos	:	Informe trimestral de avance o mantención de cada una de las medidas de Hospital Amigo que aplican al establecimiento, evaluadas en terreno por el servicio de salud y certificadas por el gestor de red; y, existencia al menos de los siguientes protocolos: Sistema de información en unidades de emergencia, alimentación asistida e información a los familiares.												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 70,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$70,0\% \leq X < 80,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$80,0\% \leq X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$90,0\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 70,0\%$	1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	4	$X = 100,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 70,0\%$													
1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$													
2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$													
3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$													
4	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 25: Indicador “Porcentaje de Satisfacción Usuaria en Urgencia y Policlínicos” (D.4.4)

Responsable	:	Director del Establecimiento
Descripción	:	Este indicador mide el porcentaje de satisfacción usuaria, detectado a través de un cuestionario

	aplicado a los pacientes o su acompañante, que fueron atendidos en el servicio de urgencia y policlínicos de la institución.												
Frecuencia de Medición	: Mensual												
Tipo de Unidad	: Porcentaje												
Polaridad	: Los valores altos son buenos												
Fórmula	: Σ Puntaje obtenido en la encuesta / Σ Puntaje total de la encuesta x 100												
Validación de Datos	: Cuestionarios utilizados y registro mensual con resultados de las encuestas aplicadas												
Línea Base	: Sin línea base												
Meta	: $\geq 80\%$												
Puntuación	: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 50,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$50,0\% \leq X < 60,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$60,0\% \leq X < 70,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$70,0\% \leq X < 80,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 80\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 50,0\%$	1	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	2	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	3	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	4	$X \geq 80\%$
Puntuación	Cumplimiento												
0	$X < 50,0\%$												
1	$50,0\% \leq X < 60,0\%$												
2	$60,0\% \leq X < 70,0\%$												
3	$70,0\% \leq X < 80,0\%$												
4	$X \geq 80\%$												

Fuente: Elaboración Propia

4.2 Definición Técnica de las Variables que componen los indicadores del Cuadro de Mando Integral

Entendiendo como variable a aquel elemento que forma parte de un indicador, el presente apartado proporcionará una definición de cada una de las variables que dan origen a la fórmula de cada indicador prescrito anteriormente, ello con la finalidad de generar un mejor entendimiento del análisis del que es objeto la presente investigación.

4.2.1 Indicador: Número de Sistemas de Información en Operación y Uso

Se consideran los sistemas que debería tener y utilizar un establecimiento autogestionado. Estos deberán ser certificados por el Departamento de Gestión de

la información del MINSAL. Los sistemas ministeriales que deberán utilizar los establecimientos son:

4.2.1.1 Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE): Plataforma informática que consolida el listado de todos los pacientes que están en listas de espera a nivel nacional. El ingreso de los pacientes de dicho repositorio se realiza de forma automática desde el sistema SIDRA. El RNLE permite generar los indicadores de gestión de Lista de Espera y el análisis de información para apoyar la toma de decisiones respecto de la gestión de la lista de espera.

4.2.1.2 Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES): Herramienta tecnológica cuyo objetivo es monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los decretos GES, como un apoyo a la gestión local de los procesos del ciclo de la atención curativa de las personas y de generación secundaria de información, para la gestión sanitaria en los ámbitos subregional, regional y central, tanto de prestadores como el seguro público (Fonasa).

4.2.1.3 Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud VIH (SIGGES VIH)

4.2.1.4 Sistema Único de Registro para el VIH (SUR VIH): Registro único para portadores de VIH.

4.2.1.5 Trámite en Línea: Sistema que permite ingresar y hacer seguimiento de trámites OIRS y de Autoridad Sanitaria.

4.2.1.6 Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS)

4.2.1.7 Sistema de Información de Registro de Transplante

4.2.1.8 Sistema Informático para Servicios de Sangre

4.2.1.9 Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH): Sistema cuya finalidad es la informatización de los procesos de apoyo a la gestión de recursos humanos, asegurando el pago correcto y oportuno de remuneraciones de los funcionarios, facilitando las tareas de los distintos procesos de RRHH y proporcionar a los organismos, Ministerios de Salud y otras entidades, información en cuanto a procesos de recursos humanos, a fin de apoyar análisis y estudios.

4.2.1.10 Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE): Herramienta de gestión para la administración pública, que permite el desarrollo de un sistema integrado de información financiera.

4.2.1.11 Sistema de Información de Redes Asistenciales (SIDRA): Programa diseñado para mejorar la calidad de la salud pública al proveer un software que permite automatizar la entrega de información clínica a través de diversos módulos.

4.2.1.12 Grupos relacionados por el Diagnóstico (GRD): Sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (su casuística), con el costo que implica su asistencia.

4.2.1.13 Windows del Software Sistema de Información Gerencial (WinSIG): Instrumento que ofrece información esencial para la toma de decisiones y utiliza sus componentes como cuadros e indicadores para promover inteligencia y comportamientos gerenciales compatibles con la modernización de la Administración Pública.

4.2.1.14 Sistema de Información en Gestión y Calidad en Salud (SIS-Q):

Software que incorpora el Cuadro de Mando Integral para la implementación del nuevo modelo de gestión hospitalaria.

4.2.1.15 Portal Chile Compra: Herramienta de comercio electrónico que

permite a cualquier persona o empresa, nacional o extranjera, acceder a oportunidades de negocio.

4.2.1.16 Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC)

Todo sistema que se adquiriera a futuro en el establecimiento deberá contar los siguientes atributos: interoperabilidad, continuidad en la operación y certificación como instancia previa a su entrada en operación, además de estar funcionalmente acreditados en virtud de las pautas que fije el MINSAL. Dicha certificación deberá ser exigida por el establecimiento al proveedor.

4.2.2 Indicador: Porcentaje de Cobertura de Egresos Codificados por GRD

4.2.2.1 Egresos codificados GRD en el mes en evaluación: Egresos hospitalarios por sistema GRD en el establecimiento.

4.2.2.2 Egresos del establecimiento en el mes en evaluación: Egresos hospitalarios generados en el establecimiento.

4.2.3 Indicador: Uso de WinSIG según requerimiento MINSAL

4.2.3.1 Si – No: Respuesta dicotómica: El uso de WinSIG permite obtener información relacionada con la gestión financiera del establecimiento.

4.2.4 Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de los Procesos de Compra según la Ley 19.886, sobre Compras Públicas

4.2.4.1 Monto devengado Subt. 22 y 29 de facturas de compras realizadas a través de la plataforma Mercado Público y CENABAST: Comprende todas aquellas compras correspondientes a bienes y servicios de consumo (subtítulo 22) y de adquisición de activos no financieros (subtítulo 29).

4.2.4.2 Criterios de exclusión señalados en el artículo 53 del Decreto 250: Comprende el monto devengado que puede efectuarse fuera del sistema de información, entre lo que se pueden mencionar: contrataciones de bienes y servicios por montos inferiores a 3 UTM, contrataciones directas inferiores a 100 UTM con cargo a caja chica, contrataciones que se financien con gastos de representación y aquellos pagos por concepto de gastos comunes o consumos básico.

4.2.5 Indicador: Porcentaje de Disminución de la Deuda

4.2.5.1 Monto de deuda: Se entiende por deuda a aquellas cuentas por pagar asociadas a los subtítulos 21, 22 y 29 y que posean antigüedad superior a 60 días. La fórmula incorporada en este Indicador, sólo aplica cuando el establecimiento tiene deuda en el período 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).

4.2.6 Indicador: Porcentaje de Prestaciones Costeadas

4.2.6.1 Prestaciones PPV: Programas de prestaciones valoradas, pago por la actividad realizada en la resolución de un problema de salud de un asegurado con nombre y apellido.

4.2.7 Indicador: Equilibrio Financiero

4.2.7.1 Gastos o ingresos devengados: Ingresos o salidas de dinero en el establecimiento autogestionado. Se debe cumplir con las normas de contabilidad generalmente aceptadas.

4.2.8 Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de Pago Oportuno a Proveedores

4.2.8.1 Facturas pagadas en el mes: Pagos mensuales realizados a los proveedores del establecimiento. Se cuantificaran los plazos no superiores a 60 días, entre la fecha de recepción de la factura y la fecha en que se concrete el pago, de acuerdo a lo establecido en la ley 19.937.

4.2.9 Indicador: Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios

4.2.9.1 Ingresos propios: Las cifras declaradas como ingresos propios corresponden a aquellos denominados ingresos de operación, cuentas por cobrar y otros ingresos corrientes percibidos, los que deberán ser comparados nominalmente con el año anterior.

4.2.10 Indicador: Porcentaje de Incremento de los Egresos de la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Excesivamente Prolongada

4.2.10.1 Egresos de la lista de espera en consulta de nueva especialidad: Considera todas las causales de salida, salvo los registros identificados sin causal de salida (vacía), o con la causal de salida N° 3 (indicación médica para reevaluación). El usuario sólo sale de la lista de espera una vez reevaluado y atendido nuevamente en la especialidad solicitada.

4.2.11 Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGE

4.2.11.1 Garantías de Oportunidad (GO): Derecho a recibir las atenciones garantizadas dentro de plazos máximos, en la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud garantizado.

4.2.12 Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de la Lista de Espera Quirúrgica

4.2.12.1 Egresos de la lista de espera quirúrgica: Egresos de la lista de espera de intervención quirúrgica mayor a un año.

4.2.13 Indicador: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

4.2.13.1 Si – No: Respuesta dicotómica: La conformación de dicha unidad debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Contar con al menos un profesional, de preferencia del área de la salud, con dedicación exclusiva a calidad, 44 hrs. semanales.
2. La estructura de calidad debe ser formalizada a través de una resolución.
3. Las funciones de calidad deben estar definidas formalmente.
4. Contar con un programa anual de trabajo formalizado y actualizado.
5. Contar con una evaluación del programa de trabajo.
6. Definición formal y explícita de la coordinación con: Programa de control de infecciones (IAAS), OIRS (oficina de informaciones, reclamos y sugerencias) y auditoría.

4.2.14 Indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría

4.2.14.1 Auditorías: Las 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). Además, debe contener auditorías referidas a los objetivos gubernamentales y ministeriales (auditorías de contingencia), del año en curso, incluyendo las de seguimiento. Se excluyen de la medición las auditorías de la Contraloría General de la República. Para efectos de registro del denominador, las auditorías programadas serán aquellas que corresponde terminar en el mes de medición (según carta Gantt).

4.2.15 Indicador: Porcentaje de Planes de Mejora Implementados, Generados como Producto de una Auditoría

4.2.15.1 Planes de mejora implementados por el establecimiento, asociados a una auditoría en el mes: 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. Se consideran como excepciones: aquellas auditorías que no generan observaciones y auditorías de la Contraloría General de la República.

4.2.16 Indicador: Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas

4.2.16.1 Reintervenciones quirúrgicas no planificadas: Considera toda reintervención realizada a un paciente ya operado, como efecto de la cirugía primaria, en los siguientes treinta días de la operación. Se incluye sólo cirugías de atención cerrada.

4.2.17 Indicador: Tasa de Pacientes con Ulceras o Lesiones por Presión

4.2.17.1 Úlceras por Presión (UPP): Área de la piel o tejidos adyacentes que presenta daño o trauma localizado generalmente, sobre una prominencia como consecuencia de presión sola o en combinación con cizallamiento o fricción. El seguimiento se debe realizar en las unidades de medicina, cirugía, unidades de pacientes críticos adultos y pediátricos. En los casos donde el establecimiento cuente con otras unidades de riesgo de UPP, como unidades de pacientes neuroquirúrgicas, traumatológicos etc., también deben ser incluidas en esta medición.

4.2.18 Indicador: Porcentaje de Brotes de IAAS que Cuenteen con Informe Final

4.2.18.1 Brotes de Infecciones Asociadas a Atención en Salud (IAAS): Los brotes de IAAS son situaciones dramáticas en la institución. Pueden ser ocasionados por la presencia de un factor común factible de controlar; en consecuencia, los brotes deben ser abordados con una metodología de mejora continua, que genere conocimiento para evitar que vuelva a ocurrir. Cada brote debe contar con un informe el que deberá estar por escrito y con la firma del director. Debe incluir los contenidos mínimos, señalados en las Normas del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, del MINSAL. Este informe debe ser enviado al referente técnico del MINSAL, con copia al servicio de salud.

4.2.19 Indicador: Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo

4.2.19.1 Medidas de hospital amigo: Las medidas establecidas por el MINSAL son las siguientes:

1. 100% de los servicios clínicos con camas básicas cuentan con un mínimo de seis horas de visita.

2. 100% de los servicios clínicos con camas pediátricas cuentan con autorización para acompañamiento diurno y nocturno de niños y niñas.
3. 100% de los servicios clínicos cuentan con horario determinado para la entrega de información a familiares de personas hospitalizadas.
4. 100% de los servicios clínicos con camas básicas de adultos cuentan con autorización para acompañamiento diurno y nocturno a adultos mayores.
5. 100% de servicios clínicos de camas básicas adulto cuentan con autorización y protocolo de alimentación asistida.
6. 100% de los servicios clínicos con camas de adultos y pediátricas cuenta con un sistema visible de identificación de las personas hospitalizadas.

4.2.20 Indicador: Porcentaje de Satisfacción Usuaría en Urgencia y Policlínicos

4.2.20.1 Encuesta de Satisfacción Usuaría: Cuestionario aplicado a los pacientes o acompañantes que fueron atendidos en servicio de urgencia y policlínicos de la institución. Este es proporcionado por el MINSAL y contiene elementos básicos que se desean medir y debe ser aplicado por personal no clínico y capacitado en el tema. La encuesta está indicada en el Anexo N°2 de la presente investigación.

Es importante considerar que, una vez aplicada la escala, se espera alcanzar al menos un 80% de satisfacción de los pacientes encuestados. Para obtener un tamaño de muestra representativo, se deben tomar en cuenta los siguientes datos: Número de atenciones mensuales promedio realizadas por cada área (urgencia y policlínicos), valor esperado (80%) y error muestral de hasta un 10%.

CAPÍTULO V

Análisis de Resultados

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la siguiente sección se presentará el análisis de datos y los resultados en base a los objetivos presentados en la investigación. En primera instancia se llevará a cabo el análisis univariado de los indicadores que componen tanto la estrategia de Sustentabilidad Financiera y de Excelencia en la Atención. Por este medio se realiza el estudio de cada indicador, generando una descripción para el conjunto de EAR en el país, principalmente a través de frecuencias y medidas de tendencia central. En segunda instancia, se realiza el análisis bivariado de los indicadores,

para establecer relaciones de dependencia entre ellos, dando respuesta al objetivo específico número tres. Finalmente se efectuará el análisis multivariado, a través de un análisis factorial de las variables, el que permitirá establecer relaciones entre todos los indicadores objeto de estudio, con la finalidad de dar respuesta al objetivo general de la investigación.

5.1 Análisis Univariado

La finalidad de llevar a cabo un análisis descriptivo univariado radica en la necesidad de entender el comportamiento de los indicadores que componen las estrategias objeto de estudio. La siguiente tabla presenta el comportamiento mensual de cada uno de los indicadores para el conjunto de EAR en Chile, de tal manera que se pueda entender, de cierta manera, el comportamiento del indicador a lo largo del periodo de evaluación y la tendencia de las variables que lo componen.

Tabla 26: Promedio mensual por indicador en los Establecimientos Autogestionados en Chile

PROMEDIO MENSUAL POR INDICADOR ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN CHILE								
INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
A.1.1	99,2280702	99,245614	99,245614	98,9473684	98,9821429	99,122807	99,122807	99,122807
A.1.2	89,1828	92,4624	93,3112	93,1704	93,8574	94,0778	93,1488	92,7806
A.1.3	100	98,4210526	100	100	100	100	100	100
A.1.4	97,4807018	98,3036842	97,4354386	97,4759649	96,0338596	96,6140351	97,4940351	98,1312281
A.2.1	36,4026316	11,8352632	-119,645439	-192,118596	-298,411429	-485,303509	-360,917544	-465,076316
A.2.2	100	100	100	100	100	100	100	100
A.3.1	1,13410714	1,08263158	1,12754386	1,00508772	1,0654386	1,02017544	1,0022807	0,90368421
A.3.2	66,7473684	69,0198246	65,412807	53,3147368	60,8875439	121,351754	56,1533333	54,7075439
A.3.3	0,18175439	-0,68035088	-5,87175439	9,90263158	9,40553571	12,5550877	15,9354386	16,5870175
A.4.1	17,0158491	-19,6109434	5,70037736	12,3624528	-1,86698113	6,04584906	23,1356604	12,3575472
A.4.2	99,2179821	99,4140351	99,5254386	99,3096491	99,29	99,2835088	98,9612281	98,9501786
A.4.3	133,967708	98,3889583	130,772083	200,49875	164,872083	62,7485417	55,9541667	78,5647917
D.1.1	100	100	100	100	100	100	100	100
D.2.1	100	100	98,7719298	98,9035088	100	100	98,5378947	99,2558929
D.2.2	92,8869643	91,9642857	92,0239286	90,8135714	97,1726786	109,122807	93,9963158	86,4035088
D.3.1	2,99641509	2,81333333	2,81296296	2,89075472	3,05792453	2,92603774	3,02807692	2,92769231
D.4.1	6,80333333	8,01157895	6,85491228	7,17245614	6,10052632	6,83807018	6,43160714	7,06357143
D.4.2	100	100	100	100	100	100	100	100
D.4.3	99,975614	99,975614	99,474386	99,2989474	99,2989474	99,342807	99,342807	99,342807
D.4.4	78,0614035	81,2757857	82,3649123	82,9187719	84,205614	83,0454386	83,8496491	83,5085965

Fuente: Elaboración Propia

5.1.1 Número de sistemas de información en operación y uso

El uso de sistemas de información en los establecimientos hospitalarios permite homologar tanto la calidad como la disponibilidad de la información a nivel nacional. En lo que respecta a los Establecimientos Autogestionados en Red, el Ministerio de Salud exige contar con 16 sistemas de información, los que son certificados por el Departamento de Gestión de la información del mismo ministerio. A nivel nacional, para el periodo de evaluación enero-agosto 2014, el promedio de cumplimiento para los 57 establecimientos autogestionados alcanza un 99,13%, siendo el sistema menos implementado⁶ el SIDRA, el cual sólo cerca de 43 establecimientos lo tienen incorporado como herramienta de gestión. La presente ilustración muestra el cumplimiento mensual del indicador para el conjunto de establecimientos autogestionados:

Ilustración 3: Número de Sistemas de Información en Operación y Uso (A.1.1)



Fuente: Elaboración Propia

La meta establecida para el indicador (100%) revela que los valores altos son buenos, por tanto la tendencia de la gráfica anterior denota un cumplimiento optimista para la población estudiada, lo que podría explicar la importancia que visualizan los establecimientos de incorporar y usar cada uno de los sistemas de

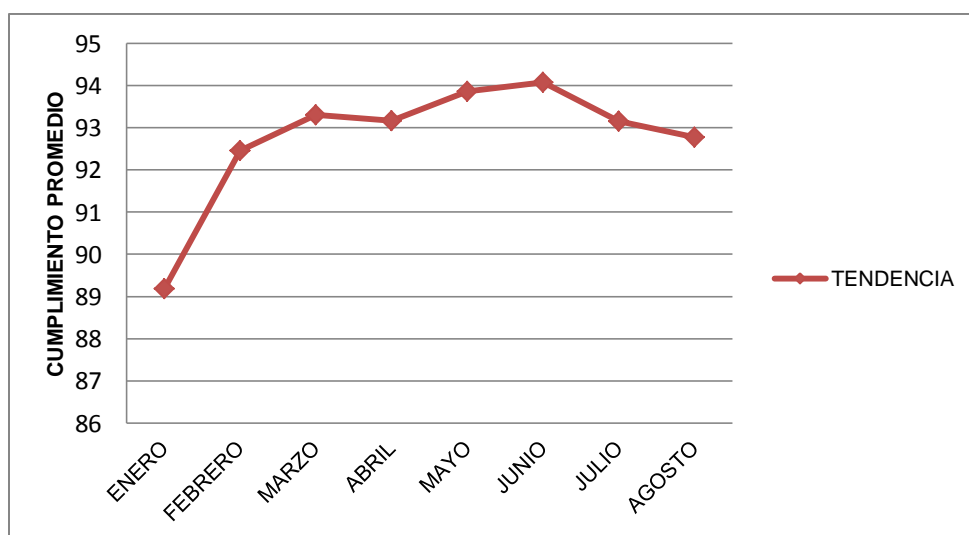
⁶ Ver anexo N° 3: Cantidad de establecimientos con sistemas de información en uso.

información como herramientas que les permiten optimizar los recursos, automatizar procesos y disminuir costos, mejorando de esa manera la confiabilidad y oportunidad de la información.

5.1.2 Porcentaje de cobertura de egresos codificados por GRD

El uso del sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico permite obtener información relacionada con la gestión clínica del establecimiento, a través de la captura y procesamiento de datos de los egresos hospitalarios. La siguiente ilustración demuestra una tendencia “creciente” en el cumplimiento del indicador, que tiende a estabilizarse en torno al 93%. Con una media de 92,75% y considerando como medida evaluativa que los valores altos son buenos, el conjunto de establecimientos presenta un comportamiento positivo para el horizonte de evaluación, lo que se traduce en términos prácticos en que hay una estandarización de los registros clínicos, una captura del conjunto mínimo básico de datos en forma relativamente oportuna, precisa y confiable, desde la ficha clínica, realizando el procesamiento de ello y el control de calidad de forma periódica.

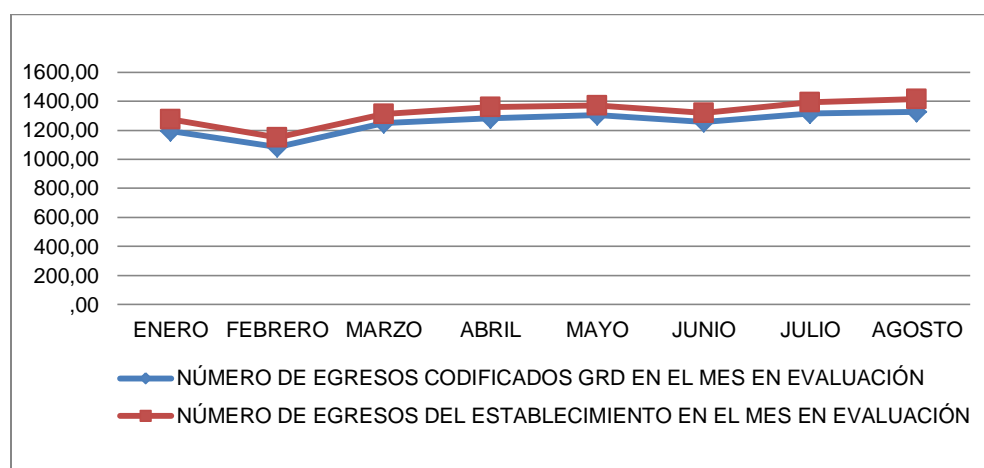
Ilustración 4: Porcentaje de cobertura de egresos codificados por GRD (A.1.2)



Fuente: Elaboración Propia

A lo largo del periodo de evaluación, la tendencia que presenta la ilustración número 3 indica que el total de egresos codificados por este sistema fue siempre inferior al total de egresos del establecimiento⁷.

Ilustración 5: Número de egresos de egresos codificados por GRD/ Egresos del establecimiento en el mes de evaluación



Fuente: Elaboración Propia

Es importante destacar que el uso GRD, en conjunto con la utilización de WinSIG, permite obtener el costeo por egreso hospitalario, variable relevante a la hora de gestionar los recursos del establecimiento.

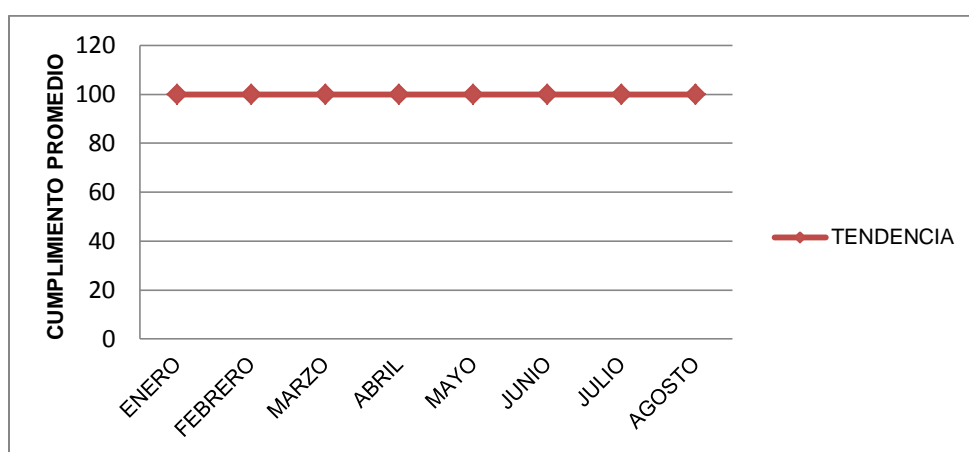
5.1.3 Uso de WinSIG según requerimiento MINSAL

La utilización de WinSIG permite obtener información relacionada con la gestión financiera del establecimiento, a través del registro de los costos en que incurre el hospital en un periodo de tiempo determinado. De acuerdo a lo mostrado en la ilustración número cuatro, el cumplimiento para el conjunto de establecimientos autogestionados es positivo, es decir, los recintos hospitalarios cuentan con dicho sistema en su totalidad.

⁷ Ver anexo N°4: Tabla egresos codificados GRD/ egresos del establecimiento en mes de evaluación.

Entonces, con una media del 100% y un cumplimiento efectivo del 100% se vislumbra la relevancia del uso de un sistema de estas características como una herramienta que busca entregar información que permita tomar decisiones óptimas en cuanto a las decisiones del uso de los recursos. Además, tal como se plantea anteriormente, en conjunto con la utilización de GRD se puede obtener el costo que implica cada egreso hospitalario, como medida de optimización de los recursos para los entes tomadores de decisiones.

Ilustración 6: Uso de WinSIG según requerimiento del MINSAL (A.1.3)



Fuente: Elaboración Propia

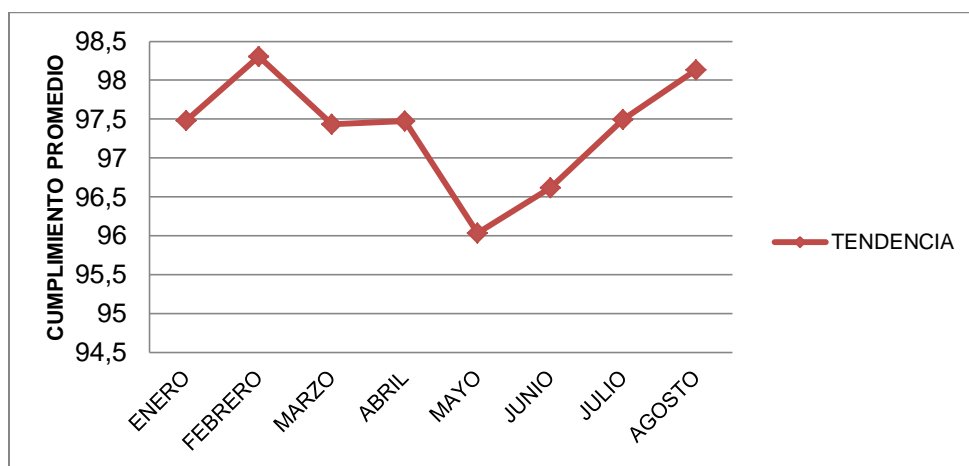
5.1.4 Porcentaje de cumplimiento de los procesos de compra según la Ley 19.886, sobre compras públicas

En la medida que se ejecuten los procesos de compra de acuerdo a lo estipulado en el presupuesto del subtítulo 22 y 29, a través de la plataforma de mercado público y la central nacional de abastecimiento, los recintos hospitalarios estarán efectuando una mejor gestión de compras, considerando que por medio de ellos se obtienen condiciones más ventajosas en cuanto a oportunidad, calidad y garantía.

Con un promedio mensual para el periodo de evaluación de 97,37%, y un establecimiento con un mínimo de cumplimiento de 65,63%, se puede concluir que

existe una tendencia a mejorar los resultados de este indicador (Ilustración 5), como un impulso a realizar una mejor programación de la adquisición de bienes y/o servicios.

Ilustración 7: Porcentaje de cumplimiento de los procesos de compra según la ley 19.886, sobre compras públicas (A.1.4)

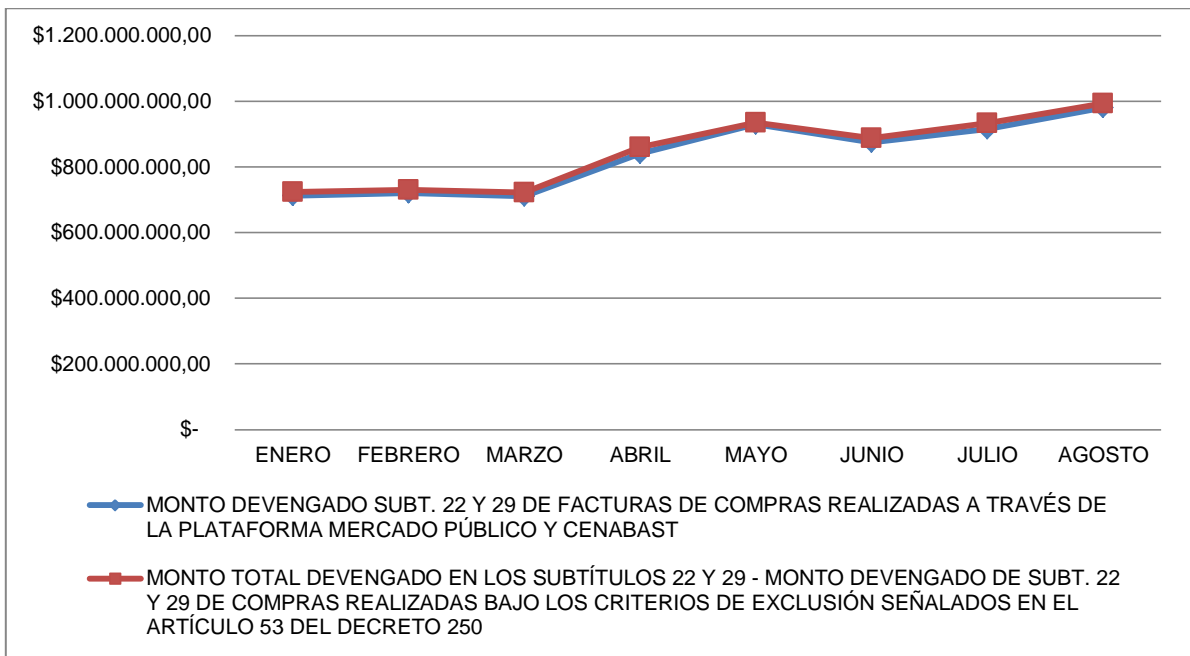


Fuente: Elaboración Propia

La explicación del comportamiento del indicador A.1.4 se puede observar través de la siguiente ilustración, la que muestra que a lo largo de todo el periodo los montos devengados fuera de las plataformas mercado público y CENABAST fueron superiores a los efectuados en dichas plataformas⁸.

⁸ Ver anexo N°5: Tabla compras efectuadas a través de mercado público y CENABAST

Ilustración 8: Compras efectuadas a través de mercado público y CENABAST

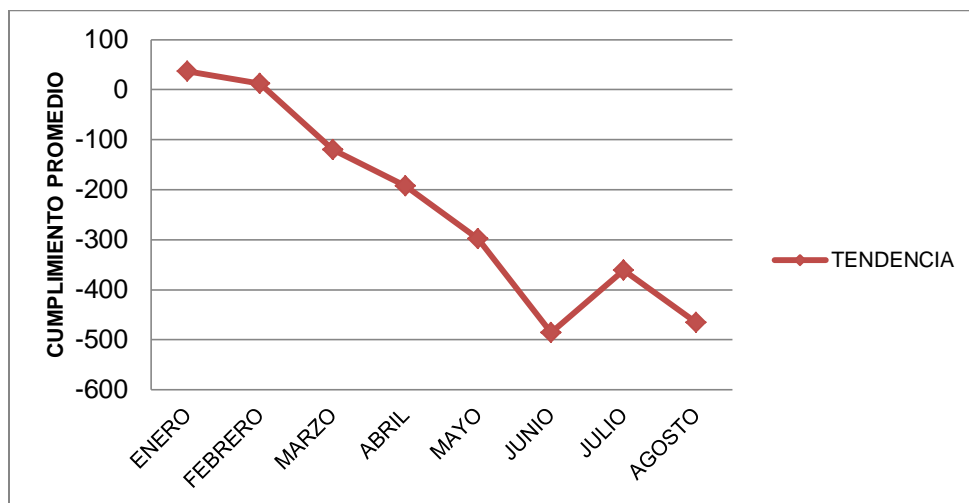


Fuente: Elaboración Propia

5.1.5 Porcentaje de disminución de la deuda

Desde un punto de vista ideal un recinto hospitalario no debiera tener deuda. La disminución de la deuda mejora la imagen corporativa y permite a su vez obtener mejores precios en los procesos de negociación con los proveedores. Sin embargo la evidencia indica completamente lo contrario, el sistema hospitalario chileno se encuentra altamente endeudado. Una de las principales causas por las que un hospital recae en endeudamiento, tal como se manifiesta en la ilustración 7, radica en la ejecución presupuestaria. No existe una clara conexión entre los recursos inyectados al establecimiento versus los gastos (sueldos, insumos, etc.) en que realmente estos incurren.

Ilustración 9: Porcentaje de disminución de la deuda (A.2.1)



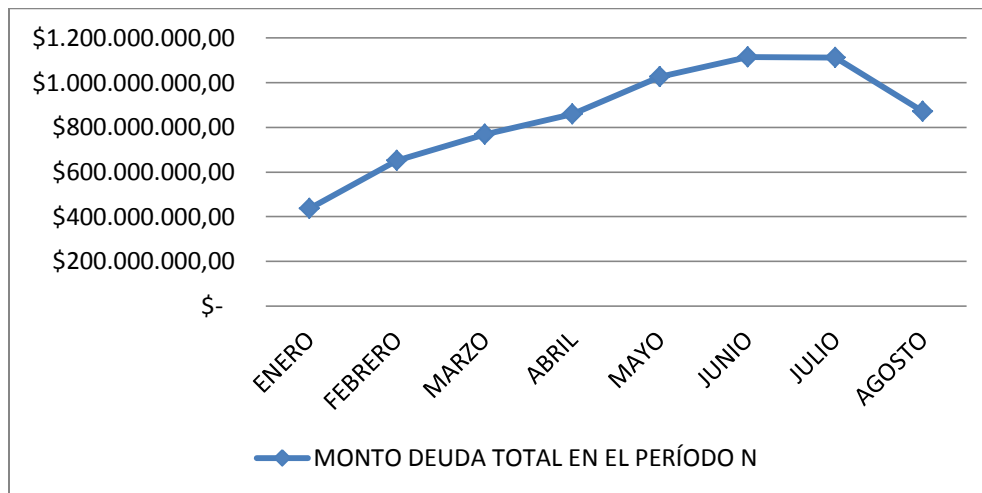
Fuente: Elaboración Propia

La siguiente ilustración refleja claramente cuál es el efecto que hace decaer a niveles radicales el cumplimiento de este indicador: el monto de deuda total a lo largo del periodo de evaluación tiende al alza⁹.

Es importante mencionar, que al término del año o a lo largo del periodo de evaluación, el director del servicio puede “perdonar” la deuda e inyectar recursos al establecimiento, dependiendo de la apelación que realice en director del recinto al gestor de la red. La implicancia de dicha decisión radica en que un establecimiento sin deuda o con niveles aceptables de deuda está en condiciones de enfrentar cualquier contingencia que implique el uso de recursos financieros.

⁹ Ver anexo N°6: Tabla monto deuda total en el periodo n.

Ilustración 10: Monto de deuda total en el periodo n



Fuente: Elaboración Propia

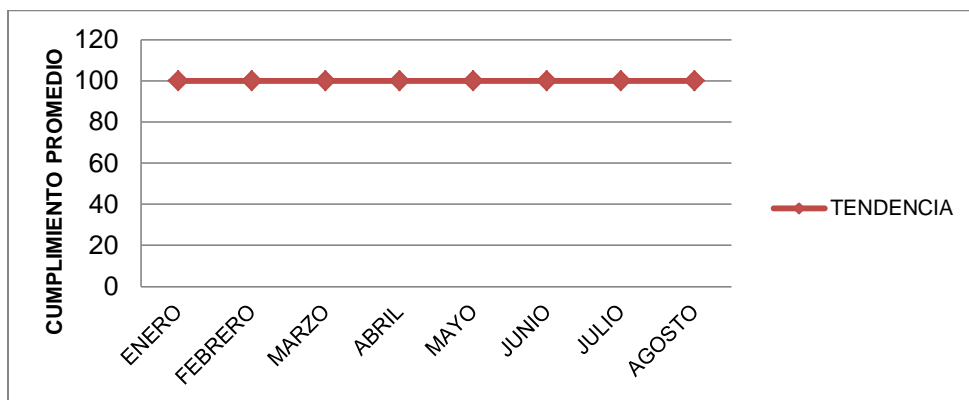
5.1.6 Porcentaje de prestaciones costeadas

El coste de las prestaciones valoradas otorgadas por el establecimiento permite la obtención de información relevante para la gestión administrativa y financiera del hospital autogestionado, además de proveer información en cuanto a los montos que debieran ser transferidos a cada establecimiento en función de la complejidad de las patologías que afectan a la población que tienen asignada.

Tal como lo muestra la ilustración 9, el conjunto de establecimientos cumple a cabalidad el indicador, es decir, el total de prestaciones otorgadas en el mes de evaluación son costeadas (Ilustración 10)¹⁰.

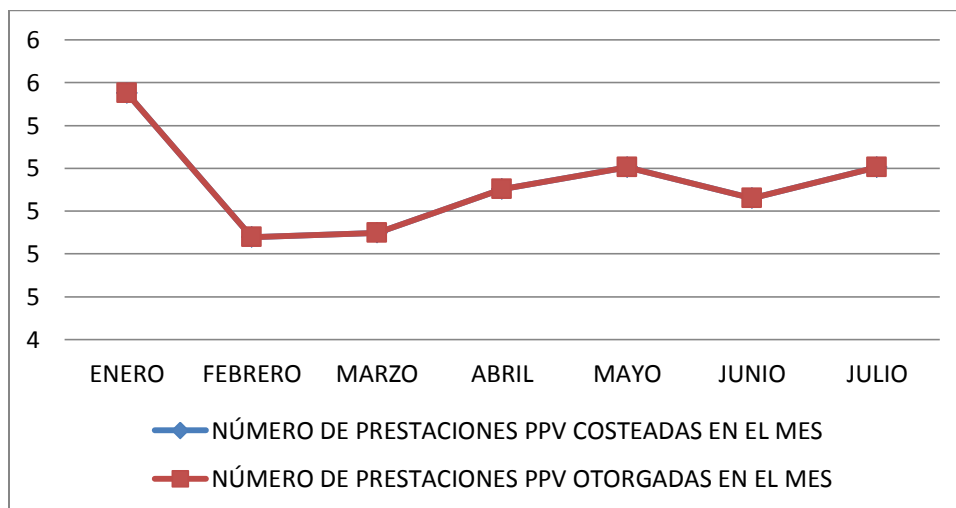
¹⁰ Ver anexo N°7: Tabla prestaciones costeadas/ otorgadas en el mes.

Ilustración 11: Porcentaje de prestaciones costeadas (A.2.2)



Fuente: Elaboración Propia

Ilustración 12: Prestaciones costeadas/ Otorgadas en el mes



Fuente: Elaboración Propia

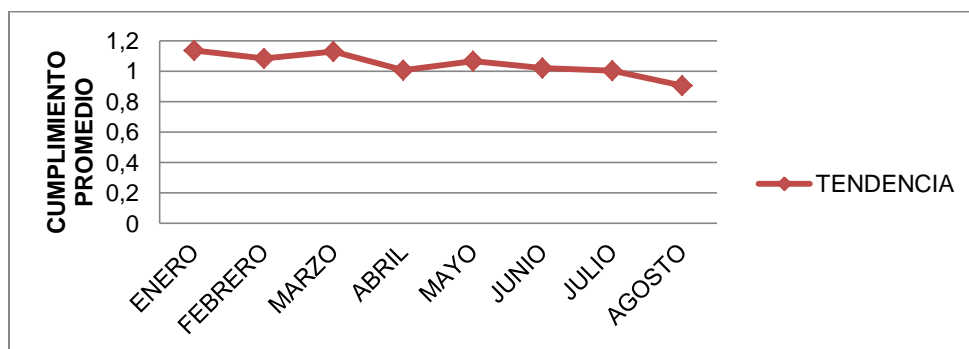
Es importante destacar que para que este indicador sea aplicable, el recinto hospitalario debe contar con el sistema GRD operativo y debe simultáneamente utilizar la herramienta WinSIG en el periodo correspondiente.

5.1.7 Equilibrio financiero

De acuerdo a lo definido por el MINSAL este indicador se compone a base de los gastos totales efectuados en el periodo y los ingresos devengados del periodo, donde se busca que el equilibrio financiero en los establecimientos autogestionados sea inferior o igual a 1. Es decir, la finalidad de este indicador está en lograr establecer un presupuesto acorde a los ingresos, monitoreando el gasto realizado por el establecimiento.

La ilustración 11 muestra una leve tendencia a la baja en el indicador, lo que se puede explicar con lo descrito en párrafos precedentes: las transferencias efectuadas por el servicio como concepto del “perdón” de cierta o total parte de la deuda que posea el recinto.

Ilustración 13: Equilibrio financiero (A.3.1)

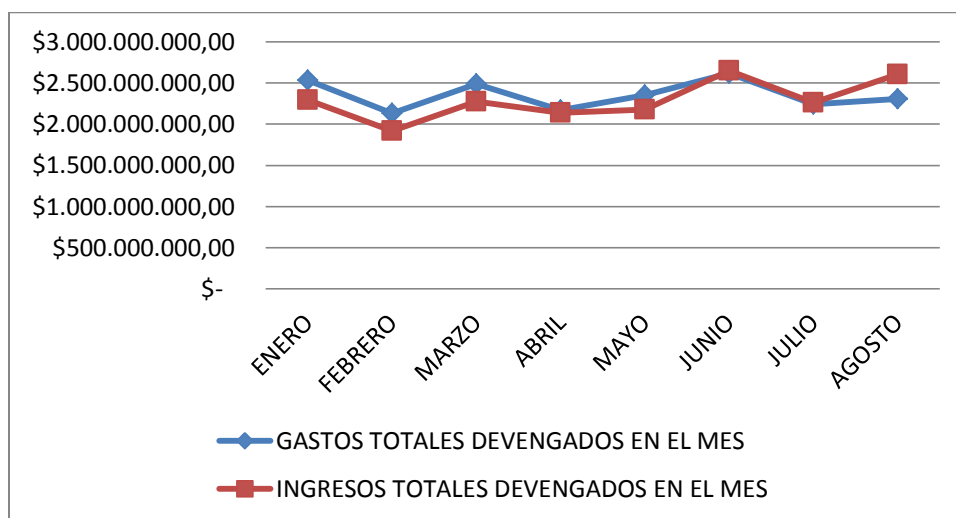


Fuente: Elaboración Propia

En promedio, por cada peso que ingresa al establecimiento autogestionado se gastan 1,04, lo que se explica gráficamente a través de la ilustración 12: a lo largo de prácticamente todo el periodo de evaluación los gastos superan los ingresos¹¹.

¹¹ Ver anexo N°8: Tabla gastos totales devengados/ ingresos totales devengados en el mes.

Ilustración 14: Gastos totales devengados/ Ingresos totales devengados en el mes



Fuente: Elaboración Propia

Es relevante mencionar que para el cumplimiento de este indicador por parte del EAR, el director del servicio de salud deberá velar por una oportuna y adecuada transferencia presupuestaria. En caso contrario, el gestor de la red deberá justificar al director del hospital frete al MINSAL.

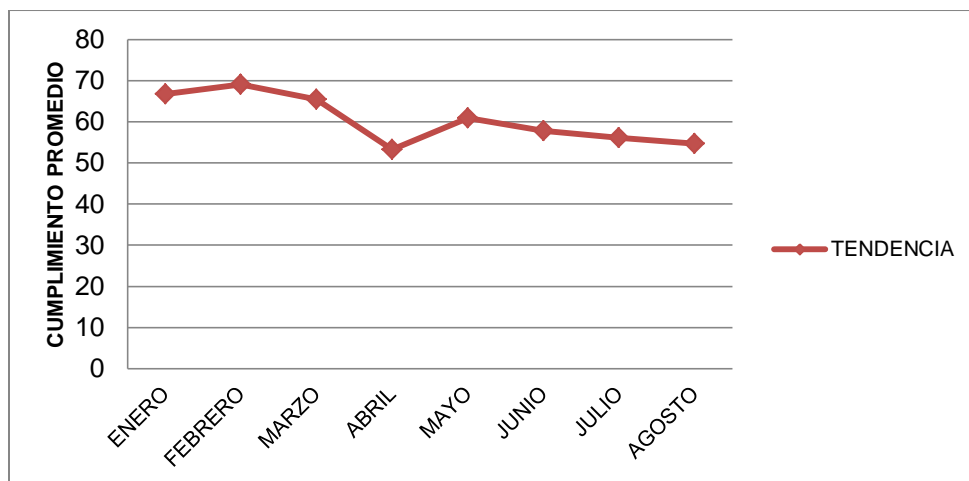
5.1.8 Porcentaje de cumplimiento de pago oportuno a proveedores

El pago de las deudas contraídas en los plazos establecidos entre el hospital y el proveedor constituye una forma de control presupuestario y mejoras en las condiciones de compra de futuras transacciones. Este indicador tiene por finalidad llevar el control de los montos correspondientes a los pagos mensuales realizados a los proveedores del establecimiento, cuantificando en unidades monetarias los pagos que cada el hospital realiza a sus proveedores en un plazo no superior a 60 días, a contar de la fecha de recepción de la factura y la fecha en que se haga efectivo el pago.

En promedio, sólo alrededor del 61% del monto total de facturas pagadas en el mes son canceladas dentro de los 60 días correspondientes, tal como se presenta en la ilustración 13. El hospital que más bajo cumplimiento alcanzó en promedio

para el periodo de evaluación logró solo un 17%, lo que demuestra la poca efectividad en la programación de pago a proveedores.

Ilustración 15: Porcentaje de cumplimiento de pago oportuno a proveedores
(A.3.2)

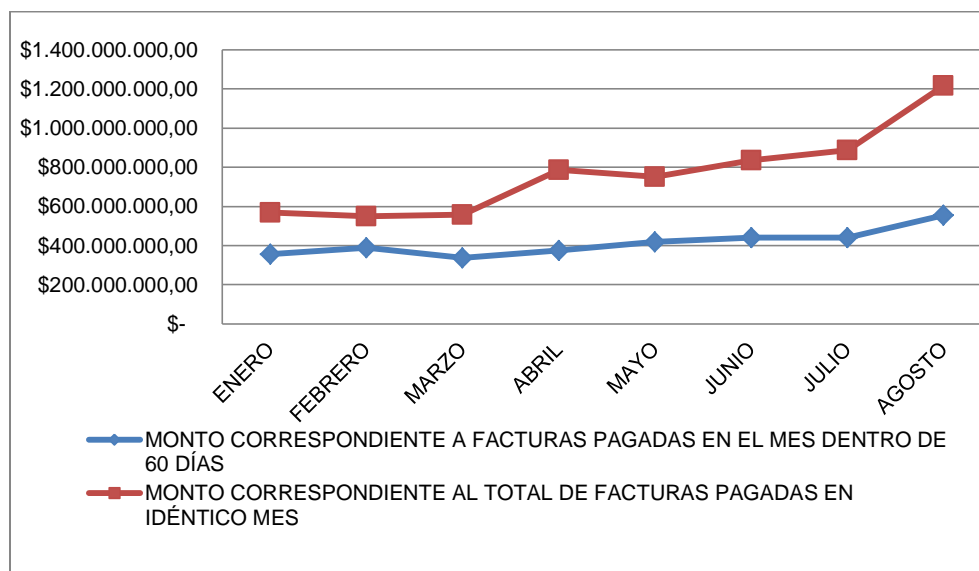


Fuente: Elaboración Propia

La siguiente ilustración muestra la tendencia gráfica del monto de facturas pagadas dentro de 60 días, así como el monto total de facturas pagadas en el mismo periodo¹². A lo largo del periodo el monto total de facturas es siempre superior al monto de facturas pagadas dentro del rango de fechas correspondiente, lo que explica el bajo resultado promedio del indicador para el conjunto de establecimiento autogestionados del país.

¹² Ver anexo N°9: Tabla monto de facturas pagadas dentro de 60 días/ monto total de facturas pagadas en el mes.

Ilustración 16: Monto de facturas pagadas dentro de 60 días/ monto total de facturas pagadas en el mes



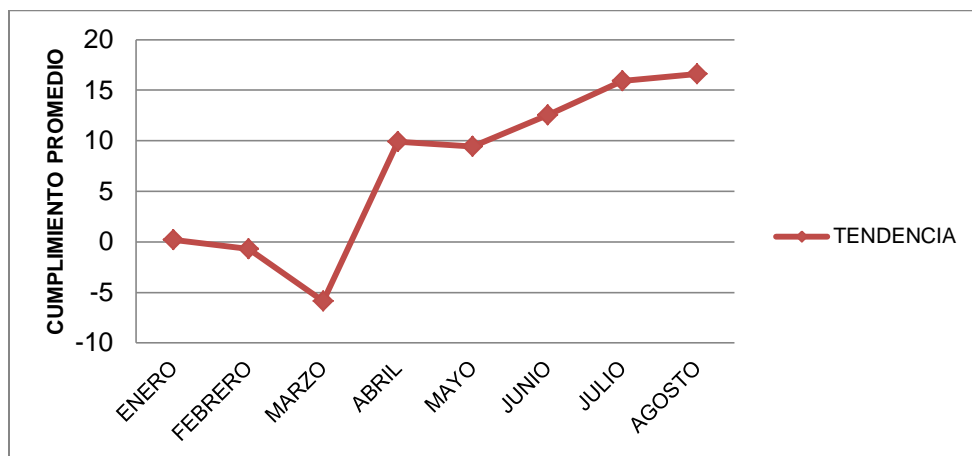
Fuente: Elaboración Propia

5.1.9 Porcentaje de recaudación de ingresos propios

Una variable importante en la entrega de algún servicio hospitalario, es la razón de individuos que se atienden en estos establecimientos que deben cancelar por la asistencia médica. El objetivo de medir la recaudación de ingresos propios es conseguir una mayor liquidez a través de la pronta recuperación de los recursos que han sido invertidos en tales individuos. De allí se consideran las recaudaciones de salud a particulares, licencias médicas, pacientes atendidos por concepto de accidentes de trabajo, entre otras.

La ilustración 15 muestra el comportamiento del cumplimiento mensual para el conjunto de establecimientos autogestionados en el país, caracterizándose por una tendencia alcista conforme avanza al término del periodo de evaluación y un promedio del 7,5%, fuertemente influenciado por un establecimiento que alcanza un mínimo de -33,92% y otro que alcanza un máximo de 148,1%.

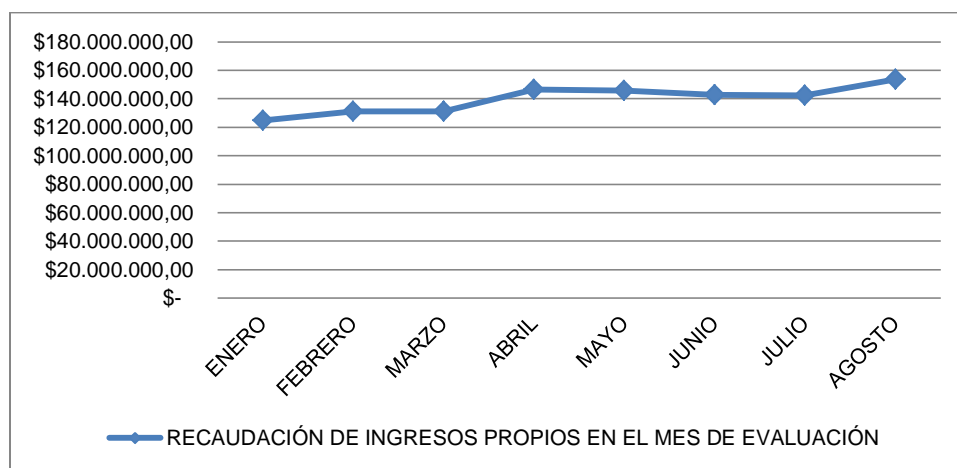
Ilustración 17: Porcentaje de recaudación de ingresos propios (A.3.3)



Fuente: Elaboración Propia

Numéricamente lo que se establece a través de este indicador es la razón del monto recaudado por concepto de ingresos propios en el mes de evaluación sobre el mismo ítem desde enero a diciembre del año anterior¹³. Tal como lo ilustra la siguiente gráfica, en general el conjunto de establecimientos presenta recaudaciones¹⁴ que fluctúan entre los 120 y 150 millones de pesos.

Ilustración 18: Recaudación de ingresos propios en el mes



Fuente: Elaboración Propia

¹³ Todos los ítems que consideran valores referenciales o correspondientes al año 2012 no fueron proporcionados por el Ministerio de Salud.

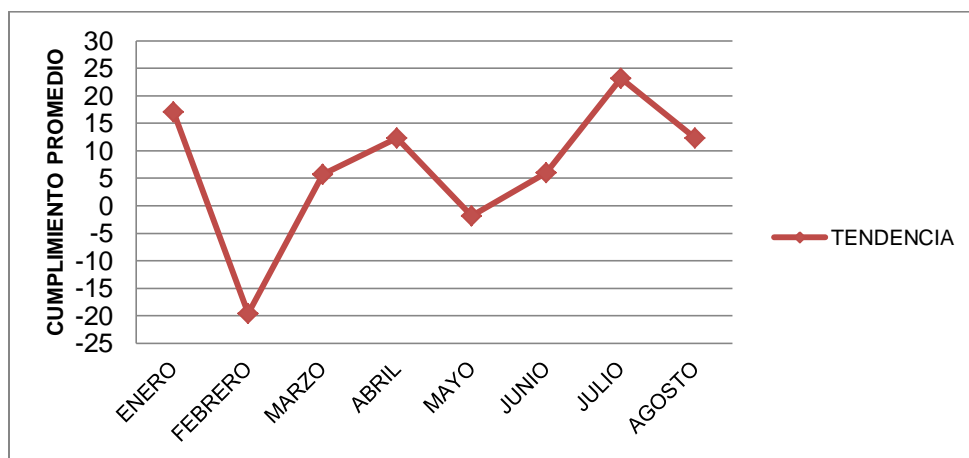
¹⁴ Ver anexo N°10: Tabla recaudaciones de ingresos propios en el mes.

5.1.10 Porcentaje de incremento de los egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad excesivamente prolongada

Brindar una atención oportuna a los pacientes nuevos que buscan atención médica es uno de los objetivos de la implementación de este indicador. Midiendo el número de egresos de la lista de espera superior a 120 días se busca evitar un deterioro en la calidad de vida del paciente así como posibles alteraciones en el pronóstico, impidiendo de esta manera generar un mayor gasto por efecto de la resolución de problemas de salud de las personas.

La ilustración 17 denota que el comportamiento del indicador a lo largo del periodo para el conjunto de EAR es deficiente, considerando que los valores altos son buenos, y no alcanzan el 100% de cumplimiento comprometido en COMGES. El promedio del indicador es relativo al 7%.

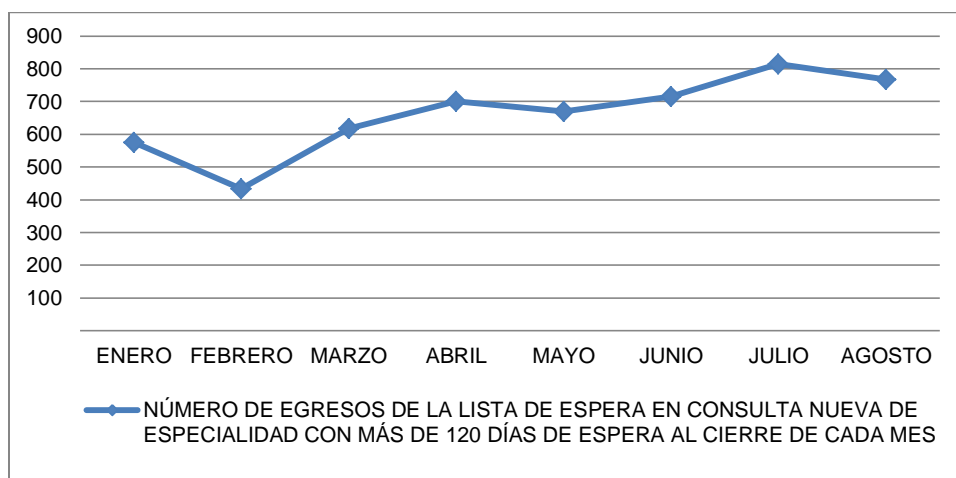
Ilustración 19: Porcentaje de incremento de los egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad excesivamente prolongada (A.4.1)



Fuente: Elaboración Propia

El número de egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad se ve reflejado en la ilustración 18, alcanzando un promedio de 662 egresos por este concepto¹⁵.

Ilustración 20: Número de egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad con más de 120 días al cierre de cada mes



Fuente: Elaboración Propia

Es importante destacar que el objetivo primordial de esta medición radica en mejorar la coordinación de la red asistencial, asegurando la atención de las personas en lista de espera de consulta de nueva especialidad, con una oportunidad que no supere los plazos considerados como excesivamente prolongados.

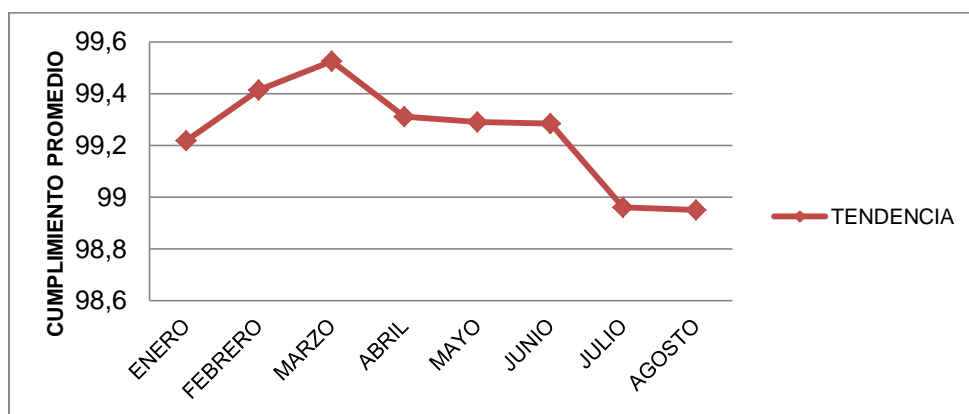
5.1.11 Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad AUGE

EL objetivo de este este indicador radica en cumplir con los plazos que establece la Ley 19.996 sobre el régimen de garantías en salud, buscando otorgar las atenciones garantizadas dentro de plazos máximos, en la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud garantizado.

¹⁵ Ver anexo N°11: Tabla número de egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad con más de 120 días al cierre de cada mes

La gráfica presentada a continuación denota un comportamiento optimista de los establecimientos en lo que respecta al cumplimiento del indicador. En promedio alcanzan un 99,25% de cumplimiento, en circunstancias que la meta se sitúa en un 100%. El establecimiento que alcanza su valor más bajo llega a un 94% y el/los que alcanza(n) su mayor valor logran llegar a la meta definida.

Ilustración 21: Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad AUGE
(A.4.2)



Fuente: Elaboración Propia

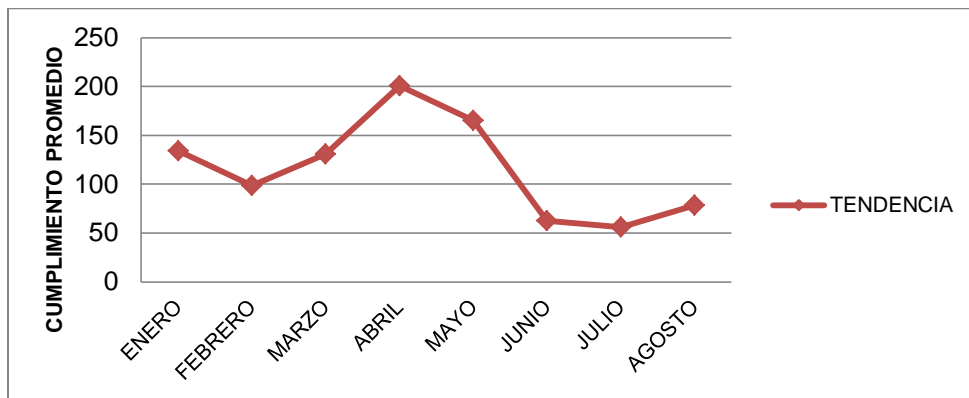
5.1.12 Porcentaje de cumplimiento de la lista de espera quirúrgica

AL igual que el indicador A.4.1, el objetivo principal de dar cumplimiento a la lista de espera quirúrgica es dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención quirúrgica, evitando así mayores gastos en el recinto hospitalario.

En promedio, el cumplimiento alcanzado por los recintos hospitalarios autogestionados es de 115%, con una tendencia que varía entre 56% y 200%, como se visualiza en la ilustración 20. En esa misma línea, el promedio de egresos de la lista de espera quirúrgica es de 83, con un mínimo de 39 y un máximo de 143 (Ilustración 21)¹⁶.

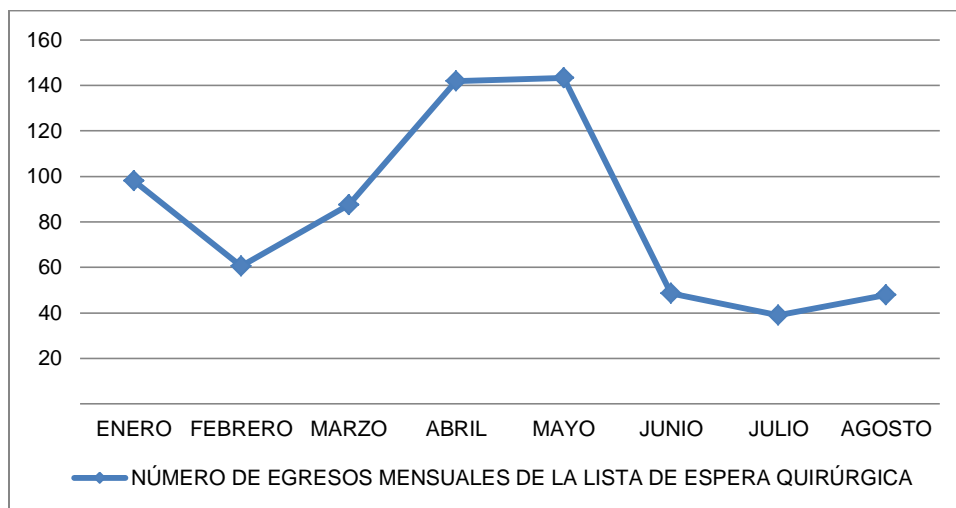
¹⁶ Ver anexo N°12: Tabla egresos mensuales de la lista de espera quirúrgica.

Ilustración 22: Porcentaje de cumplimiento de la lista de espera quirúrgica (A.4.3)



Fuente: Elaboración Propia

Ilustración 23: Egresos mensuales de la lista de espera quirúrgica



Fuente: Elaboración Propia

5.1.13 Unidad de calidad y seguridad del paciente

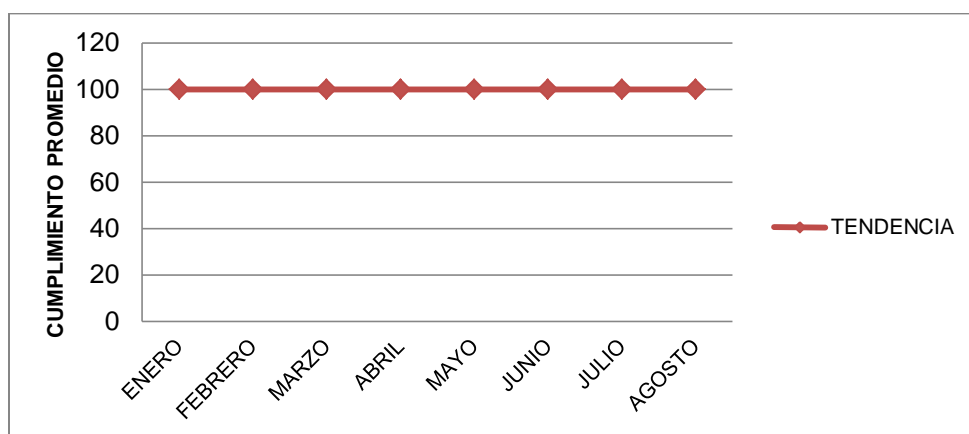
Es una necesidad primordial de las instituciones dar prioridad a la gestión de la calidad y seguridad de los pacientes, temática relevante acorde a los lineamientos de la reforma de salud. Es por ello la relevancia de contar con equipos que trabajen en la materia. Es así, que la presencia de la unidad de calidad y

seguridad del paciente mide la presencia de una estructura formal que centraliza la gestión de dichas áreas.

Para la evaluación de la conformación de la unidad de calidad y seguridad del paciente de los establecimientos autogestionados en Chile, se manifiesta un cumplimiento del 100% para todos los recintos hospitalarios a lo largo del periodo de evaluación previamente estipulado. Así lo representa la ilustración 22 y 23 a continuación¹⁷.

Es importante destacar que dentro de las iniciativas que se impulsan a través de la conformación de esta unidad se considera que: a) la calidad debe ser parte de la agenda permanente del equipo directivo, b) se debe dejar de manera explícita las funciones que se deben realizar para garantizar la calidad de cada área, y c) lograra la acreditación de calidad, así como mantenerla y alcanzar una cultura de calidad a diario.

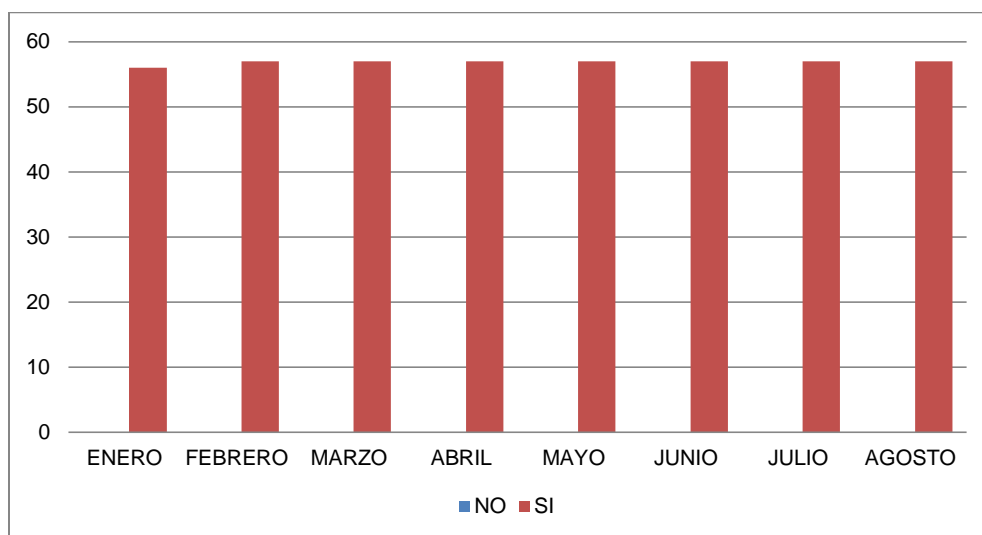
Ilustración 24: Unidad de calidad y seguridad del paciente (D.1.1)



Fuente: Elaboración Propia

¹⁷ Ver anexo N°13: Tabla existe la unidad de calidad y seguridad del paciente.

Ilustración 25: Existe la unidad de calidad y seguridad del paciente (D.1.1)



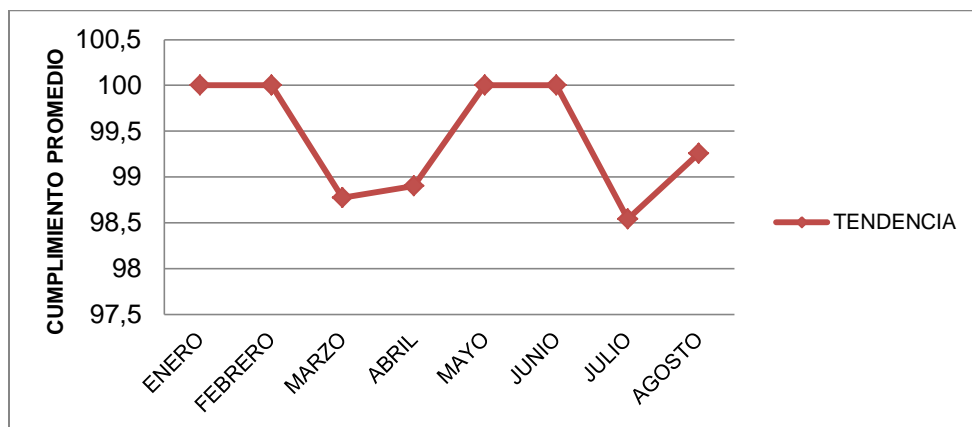
Fuente: Elaboración Propia

5.1.14 Porcentaje de cumplimientos del plan de auditoría

La planificación de una auditoría responde a la necesidad de revisar procesos críticos en los establecimientos, por tanto se considera indispensable cumplir con el plan a lo menos en los porcentajes establecidos por el MINSAL. El presente indicador permite identificar el grado de cumplimiento el programa de actividades de auditorías planificadas para el periodo. Estas deben ser referidas tanto a los objetivos gubernamentales como a los ministeriales del año en curso.

La ilustración 24 denota el cumplimiento promedio mensual del indicador para el conjunto de EAR en Chile. Con un comportamiento bastante inestable, entre 98.5% y 100%, el cumplimiento se acerca suficientemente a la meta establecida por el MINSAL, considerando además un cumplimiento promedio del 99,4%.

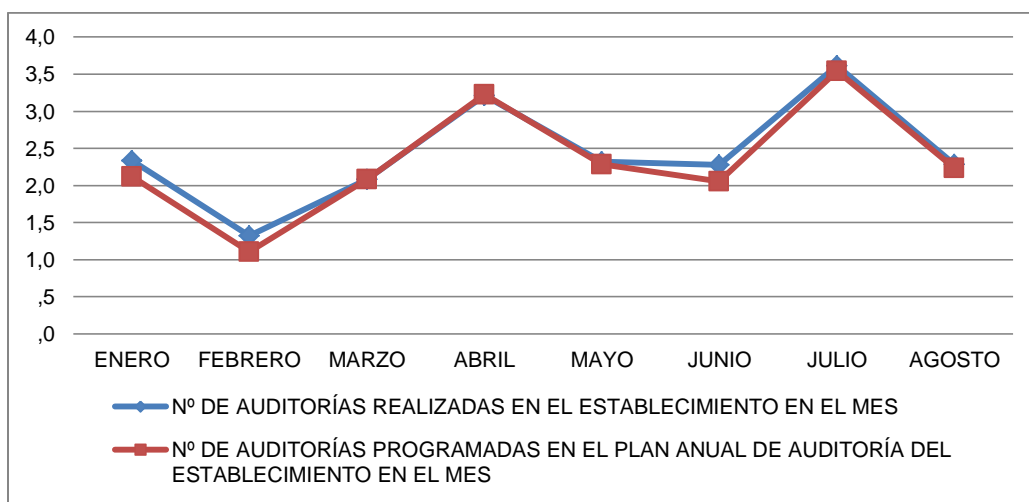
Ilustración 26: Porcentaje de cumplimiento del plan de auditoría (D.2.1)



Fuente: Elaboración Propia

La tendencia reflejada en la gráfica anterior puede explicarse mediante el comportamiento de las variables que componen el indicador¹⁸, y que se encuentran expresadas en la ilustración 25. A lo largo del periodo las auditorías realizadas en los establecimientos tienen a coincidir con aquellas que fueron programadas en el plan anual de auditoría del establecimiento.

Ilustración 27: Número de auditorías realizadas/ programadas en el establecimiento



Fuente: Elaboración Propia

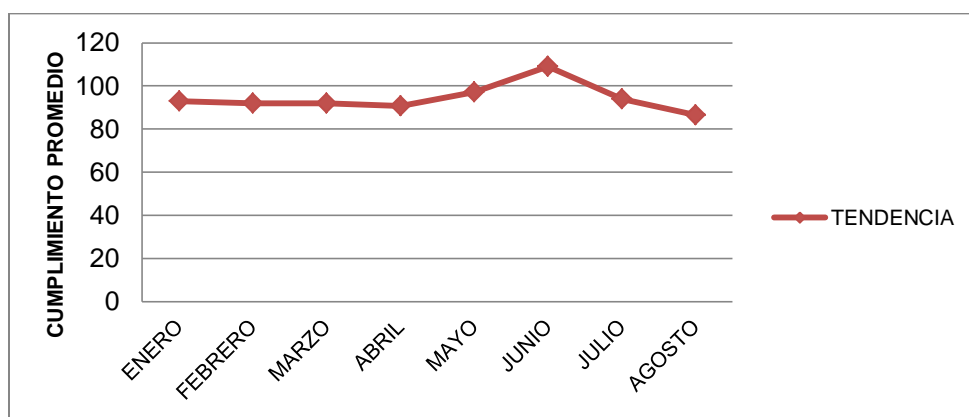
¹⁸ Ver anexo N°14: Tabla número de auditorías realizadas/ programadas en el establecimiento.

5.1.15 Porcentaje de cumplimiento de planes de mejora implementados, generados como producto de una auditoría

La ejecución de una auditoría en una institución sólo tiene sentido si está enfocada a mejorar aquellos aspectos que son detectados como deficitarios. Los planes de mejora apuntan a una formalización del resultado del informe de auditoría en el recinto hospitalario, así como a la formalización de medidas tendientes a solucionar los problemas detectados, con la respectiva identificación de los responsables de la implementación y fecha comprometida.

La ilustración 26 indica que el cumplimiento mensual del indicador conserva un comportamiento estable a lo largo del periodo, y en promedio alcanzan un 94% para el conjunto de establecimientos, con una medida evaluativa que indica que los valores altos son buenos.

Ilustración 28: Porcentaje de planes de mejora implementados, generados como producto de una auditoría (D.2.2)

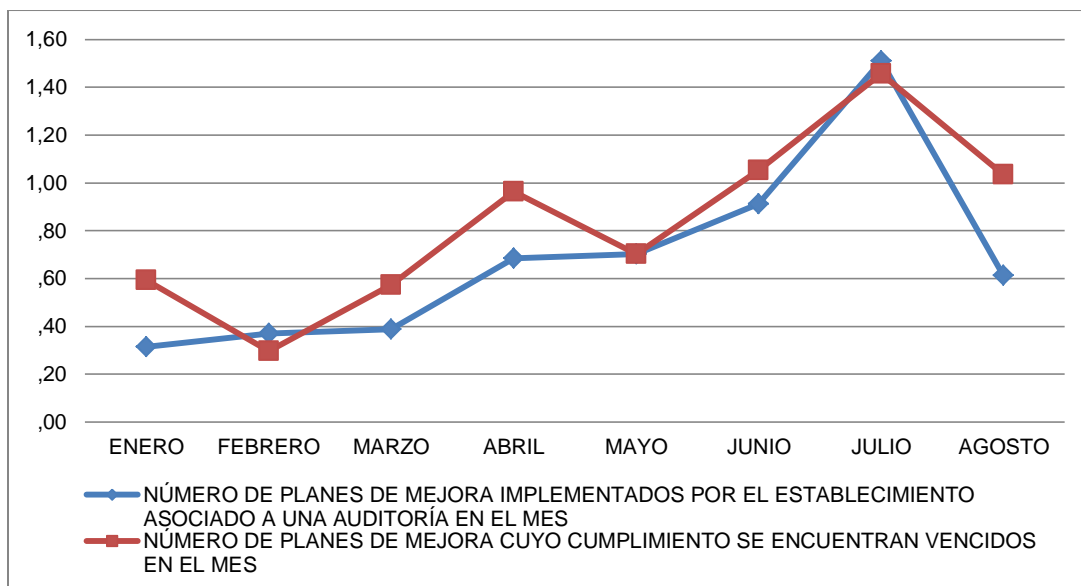


Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a lo afirmado anteriormente, el indicador explica su comportamiento dado que en prácticamente todos los tramos del periodo de evaluación el número de planes de mejora implementados en el establecimiento en el mes, asociados a

una auditoría, son inferiores a los planes de mejora que se encuentran vencidos en el mes¹⁹.

Ilustración 29: Planes de mejora implementados/ vencidos en el establecimiento en el mes



Fuente: Elaboración Propia

5.1.16 Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas no planificadas

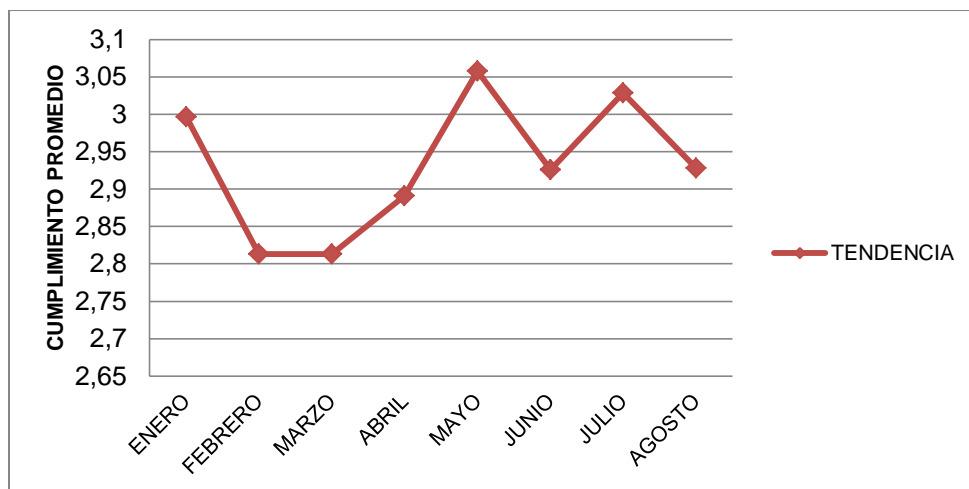
Las reintervenciones quirúrgicas no planificadas son un efecto adverso, y ampliamente observado de forma vigilante por el establecimiento, dada la incidencia que ello puede generar en la seguridad del paciente. A partir de allí surge la relevancia de verificar la incidencia, analizar las causas e implementar mejoras en aras de una mayor seguridad a los pacientes, las que deben ser gestionadas por los directores de las instituciones.

La siguiente gráfica denota un comportamiento disparejo a lo largo del periodo de evaluación, el que se mueve entre un 2,8% y un 3,1% de cumplimiento, resultados positivos considerando para efectos de evaluación que los valores bajos son

¹⁹ Ver anexo N°15: Tabla planes de mejora implementados/vencidos en el establecimiento en el mes.

buenos, mejor aún si estos son inferiores a 4%. En la misma línea es importante destacar que el promedio de cumplimiento para el conjunto de establecimiento a lo largo del periodo es de 2,9%.

Ilustración 30: Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas no planificadas (D.3.1)

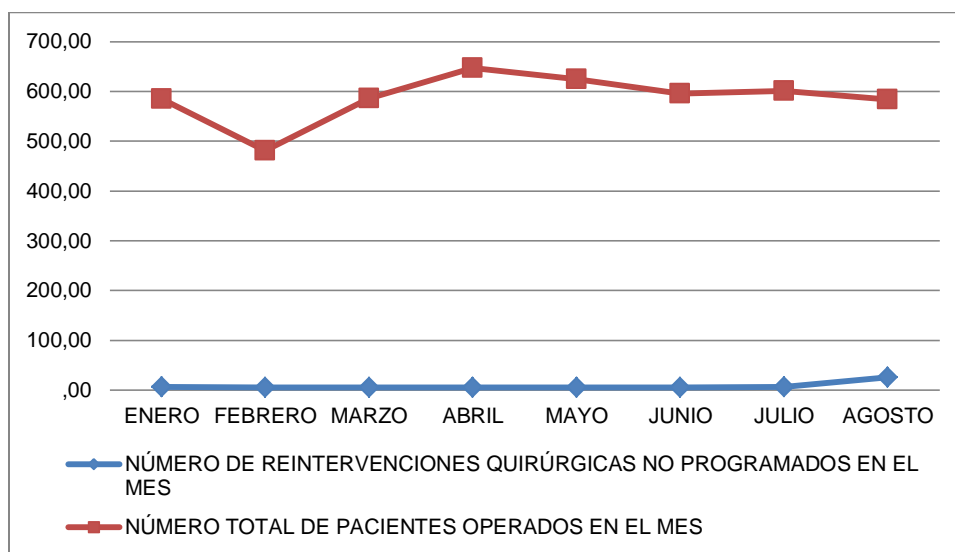


Fuente: Elaboración Propia

La explicación de los resultados anteriores radica en que el número de reintervenciones quirúrgicas no planificadas es ampliamente inferior durante todo el periodo respecto del número total de pacientes operados en el mes, tal como lo muestra la ilustración siguiente²⁰.

²⁰ Ver anexo N°16: Tabla reintervenciones quirúrgicas no planificadas.

Ilustración 31: Reintervenciones quirúrgicas no planificadas (D.3.1)



Fuente: Elaboración Propia

Es importante destacar que entre las iniciativas que se impulsan a través del presente indicador involucra disponer de un sistema de registro de las reintervenciones no planificadas, realizar análisis en cuanto a resultados y causas de tales reintervenciones en las reuniones clínicas de los equipos involucrados, e implementar planes de mejora respectivos.

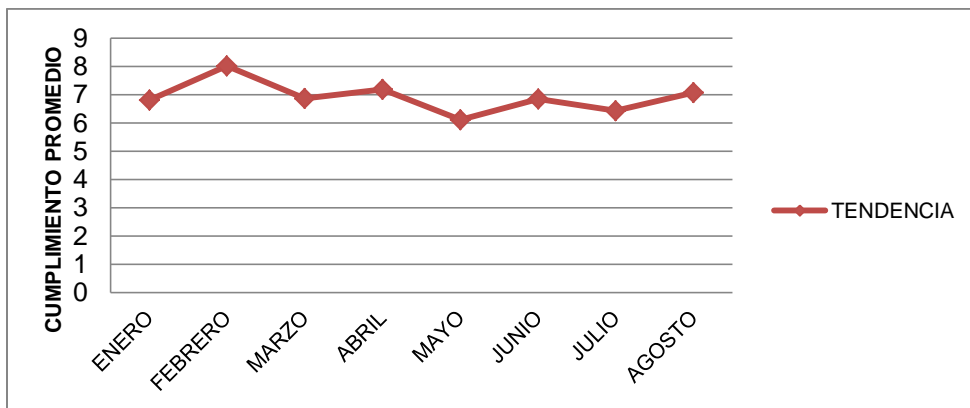
5.1.17 Tasa de pacientes con úlceras o lesiones por presión

Las úlceras por presión constituyen uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados de enfermería, considerando los efectos que pueden generarse a raíz de los días en que los pacientes se encuentran en exposición al riesgo, no sólo desde el punto de vista del elevado costo económico o asistencial, sino también relativa a la satisfacción usuaria que conlleva una vez que se producen.

Para el conjunto de EAR en Chile el promedio de cumplimiento alcanza un 6,9%, lo que los sitúa en una evaluación promedio, dado que la meta alcanza un

cumplimiento máximo en la medida que la reducción de dicha tasa sea inferior al 10% comparada a diciembre del año anterior. Así lo demuestra la ilustración 30.

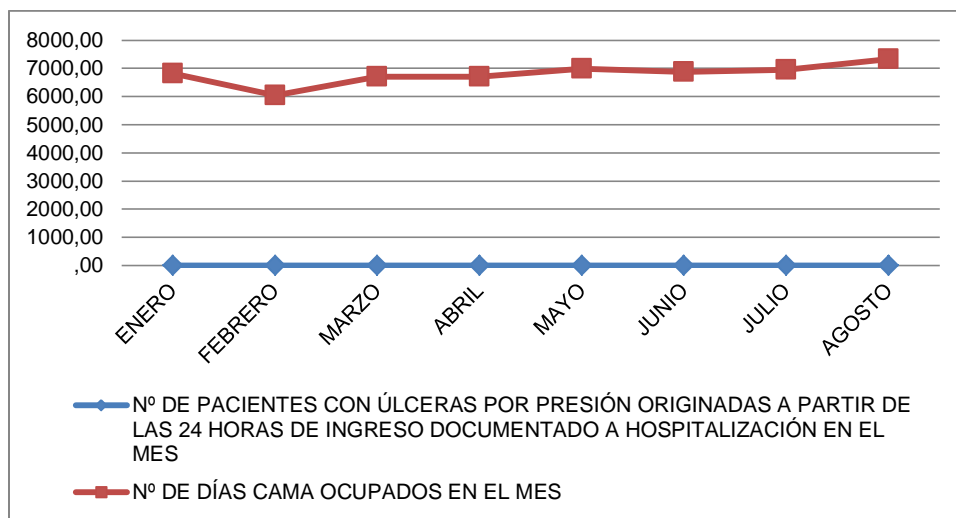
Ilustración 32: Tasa de pacientes con úlceras o lesiones por presión (D.4.1)



Fuente: Elaboración Propia

En tanto, las bajas tasas a lo largo del periodo de pacientes con úlceras por presión basa su explicación en la baja proporción de pacientes con este problema respecto del total de pacientes que ocupan cama en el mes²¹, situación ilustrada en la siguiente gráfica.

Ilustración 33: Pacientes con úlceras o lesiones por presión (D.4.1)



Fuente: Elaboración Propia

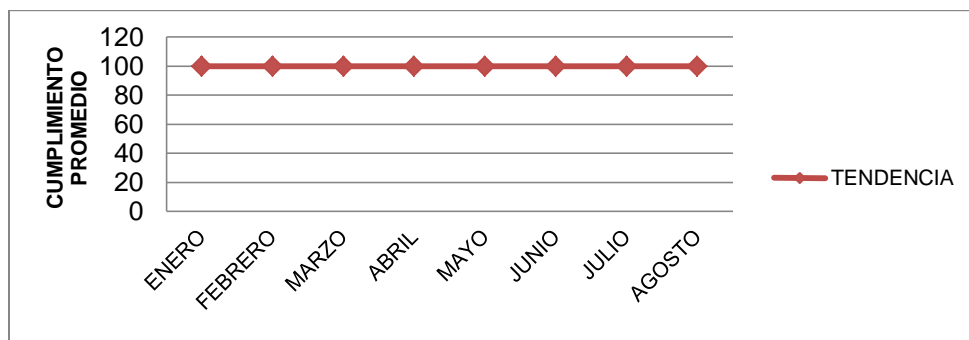
²¹ Ver anexo N°17: Tabla pacientes con úlceras o lesiones por presión.

5.1.18 Porcentaje de brotes de IAAS que cuentan con informe final

Los brotes de infecciones asociadas a atención en salud (IAAS) son situaciones frente a las que se debe estar alerta en cada una de las instituciones de salud. Estos pueden ser ocasionados por la presencia de un factor común factible de controlar, debiendo ser abordados a través de una metodología de mejora continua, de tal forma que dicha problemática no vuelva a suscitarse.

La relevancia de este indicador radica en la importancia del levantamiento de información para mantener el proceso de mejora continua. Es así como los establecimientos autogestionados se esmeran y, en conjunto, alcanzan un 100% de cumplimiento a lo largo del periodo de evaluación. Este resultado queda reflejado en las ilustraciones siguientes, en donde el número total de brotes IAAS cuentan con el informe final del evento sucedido²².

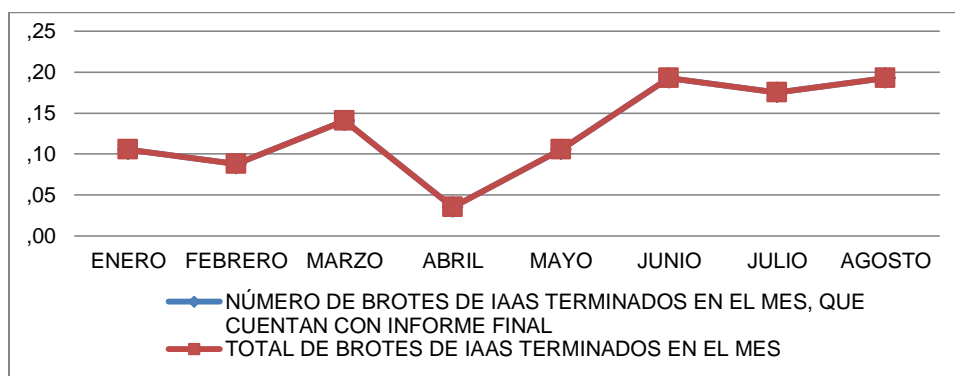
Ilustración 34: Porcentaje de brotes IAAS que cuentan con informe final (D.4.2)



Fuente: Elaboración Propia

²² Ver anexo N°18: Tabla brotes IAAS que cuentan con informe final.

Ilustración 35: Brotes IAAS que cuentan con informe final



Fuente: Elaboración Propia

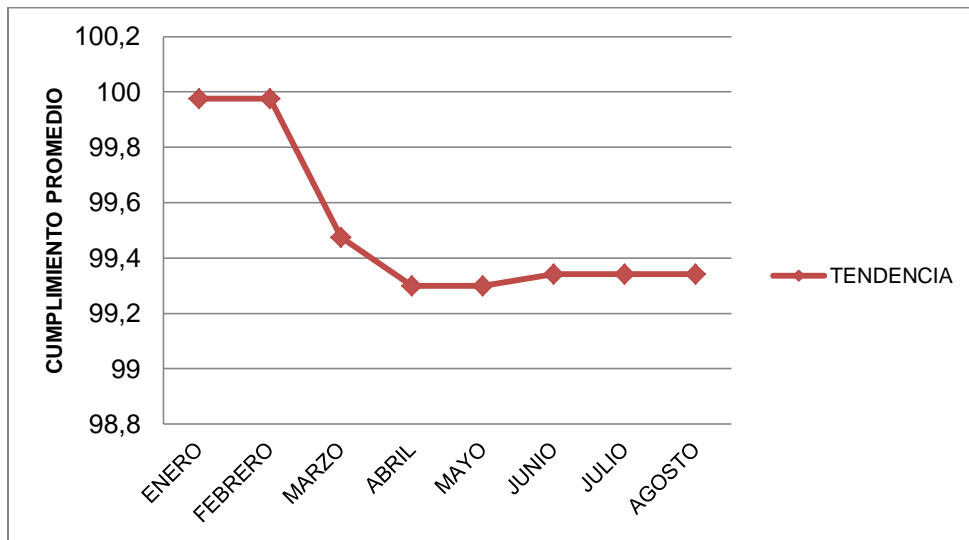
5.1.19 Cumplimientos de las medidas para certificar como hospital amigo

La certificación como hospital amigo tiene como objetivo impulsar la apertura de los establecimientos de salud a la familia y comunidad, orientada a fortalecer la información al usuario, acompañamiento de la familia en casos de hospitalización, procedimientos de atención, identificación de pacientes y funcionarios del equipo de salud, en el contexto de la satisfacción usuaria.

El indicador tiene una media para el conjunto de EAR de 99,51%, con rangos de cumplimiento que se mueven entre 99,29% y 99,98%, con una evaluación muy positiva, dado que los valores altos son buenos y la meta alcanza su máximo conforme se acerca al 100%. La ilustración 34 representa la tendencia del indicador para el periodo, en tanto que la ilustración 35 muestra el comportamiento de la variable que compone el indicador, número de medidas implementadas y funcionando para certificar como hospital amigo²³.

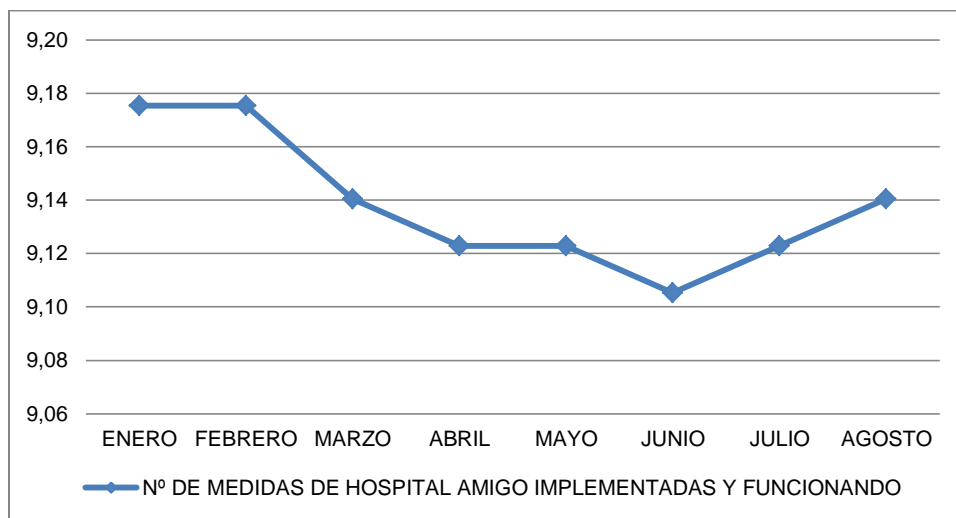
²³ Ver anexo N°19: Tabla medidas para certificar como hospital amigo

Ilustración 36: Cumplimiento de las medidas para certificar como hospital amigo
(D.4.3)



Fuente: Elaboración Propia

Ilustración 37: Medidas para certificar como hospital amigo



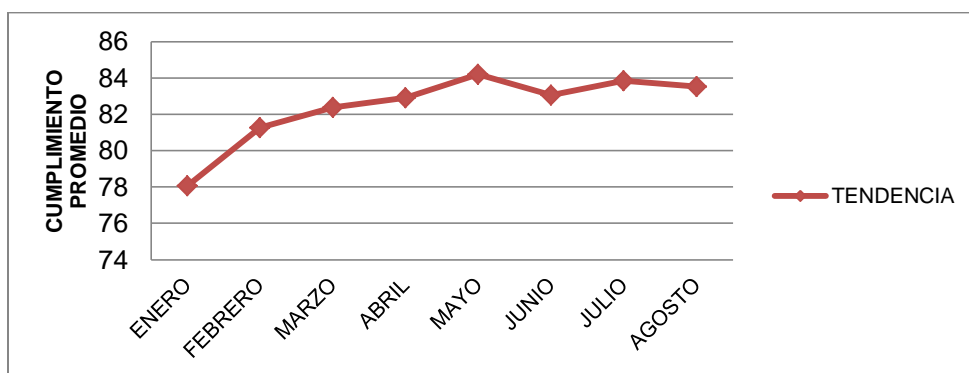
Fuente: Elaboración Propia

5.1.20 Porcentaje de satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos

Conocer la opinión de los usuarios respecto de la atención recibida genera que el presente indicador constituya una herramienta fuerte en el área de la gestión, permitiendo a su vez identificar las demandas, valorar resultados, introducir planes de mejora y realizar seguimiento de los cambios e innovaciones efectuadas a los servicios entregados.

La siguiente ilustración muestra el cumplimiento del indicador a lo largo del periodo:

Ilustración 38: Porcentaje de satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos (D.4.4)

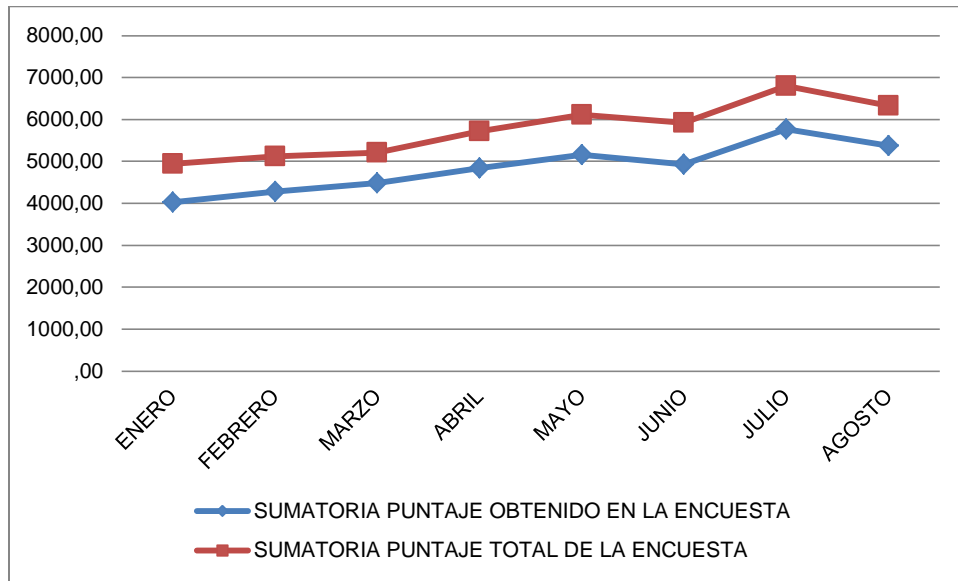


Fuente: Elaboración Propia

En promedio, el conjunto de establecimientos, alcanza un 82,39% de cumplimiento, siendo una evaluación positiva bajo el comparativo de una meta efectiva siendo esta superior o igual a 80% de satisfacción de los pacientes encuestados. Esta a su vez es explicada a través de la siguiente gráfica, donde se visualiza que durante todo el periodo el puntaje obtenido de la encuesta es inferior al puntaje total de la misma²⁴.

²⁴ Ver anexo N°20: Tabla satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos.

Ilustración 39: Satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos



Fuente: Elaboración Propia

5.2 Análisis Bivariado

El siguiente apartado tiene por finalidad demostrar niveles de asociación entre ciertos indicadores que fueron descritos anteriormente, relacionándolos además con el presupuesto, recursos monetarios disponibles y tamaño de los establecimientos autogestionados.

El concepto de relación o correlación se refiere al grado de variación conjunta existente entre dos o más variables. Para la determinación de la existencia o no de asociación entre indicadores, se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman, el que determinará la dirección de la asociación entre variables.

El coeficiente de correlación de Pearson (1896), es considerado uno de los mejores estadísticos para estudiar el grado de relación entre variables cuantitativas. Toma valores entre -1 y 1, y su interpretación indica que un valor 1 alcanza una relación lineal perfecta positiva, un valor -1 indica relación lineal perfecta negativa, y un valor 0 indica relación lineal nula. El coeficiente de correlación rho de Spearman (1904) es el coeficiente de correlación de Pearson, pero aplicado después de transformar las puntuaciones originales en rangos, y su interpretación es la misma.

Es importante destacar que el análisis al que está referida la presente investigación involucra el estudio de la población de establecimientos autogestionados en Chile, por lo cual no se requiere el aval de pruebas estadísticas para corroborar las conclusiones obtenidas, sino más bien se utilizan como un medio de apoyo para determinar la incidencia de ciertos indicadores sobre otros.

5.2.1 Variables de análisis

Previo a determinar los niveles de asociación entre indicadores, es relevante dar definición a aquellas variables que son utilizadas como parte del análisis. Las variables presupuesto, recursos monetarios disponibles y tamaño del establecimiento, si bien no se encuentran de manera expresa, son obtenidas y elaboradas en base a la composición de los indicadores de autogestión.

El presupuesto, para efectos de la investigación, se constituye considerando la variable 2 del indicador 7 –Ingresos totales devengados en el mes-, y es denominado en el análisis estadístico como “transferencia presupuestaria”. Los recursos monetarios disponibles involucran tanto los ingresos totales devengados en el mes y la variable 1 del indicador 9 - recaudación de ingresos propios en el mes de evaluación-. La suma de ambas variables constituye los recursos con lo que cuenta cada establecimiento hospitalario mensualmente.

Por otro lado, el tamaño del establecimiento es referido al número de camas con las que cuentan los recintos hospitalarios, y fue obtenido desde el indicador 21, variable 2 –Número total de camas operativas en el establecimiento en el mes-. Es importante destacar que el número de camas está asociado, de acuerdo a lo dispuesto por el MINSAL, al nivel de complejidad de los recintos hospitalarios. Así, entendiendo que los establecimiento de alta complejidad son los ex denominados tipo I y II, estos poseen entre 250 a 300 y 500 camas, respectivamente; en tanto que los hospitales de mediana y baja complejidad poseen una dotación que fluctúa entre 100 a 200 y menos de 100 camas, respectivamente²⁵.

²⁵ Fuente: www.colegiomédico.cl

5.2.2 Relación entre el tamaño de un establecimiento autogestionado y el presupuesto asignado.

En la práctica se podría entender que el presupuesto asignado a los establecimientos hospitalarios va directamente relacionado con el tamaño de estos. La siguiente tabla muestra, desde un punto de vista estadístico, que efectivamente existe una relación positiva fuerte –Spearman 0,710-, entre ambas variables, la que se enmarca en la conclusión de que, en la medida que un establecimiento autogestionado es de mayor tamaño, es decir posee un mayor número de camas disponibles, se le inyectan más recursos por parte del servicio de salud respectivo. Ello también ligado a la premisa de que a mayor complejidad, mayor número de camas en el establecimiento y, por ende, se requiere una mayor cantidad de recursos para contribuir a una mejor gestión y entrega de servicio.

Tabla 27: Relación entre tamaño y presupuesto de un establecimiento autogestionado.

Correlaciones			
		TRANSFERENCIAS PRESUPUESTARIAS	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,710
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	57	57
	Coeficiente de correlación	,710	1,000
NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	57	57

Fuente: Elaboración Propia

5.2.3 Relación entre el tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el equilibrio financiero alcanzado.

Resultados de la presente investigación sugieren que la relación entre los recursos con los que cuentan los recintos hospitalarios genera una incidencia positiva en el resultado del indicador de equilibrio financiero de dichas instituciones. Es importante resaltar que, en la medida que el indicador de equilibrio financiero aumenta, los gastos son superiores a los ingresos con que los recintos hospitalarios cuentan. A partir de lo anterior y acorde a lo obtenido a través del coeficiente de correlación de Spearman, la relación entre ambas variables es positiva, lo que indica que en la medida que se inyectan más recursos estos contribuyen a desnivelar los gastos con los ingresos, generado probablemente por una deficiente administración de los recursos.

Tabla 28: Relación entre tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el equilibrio financiero alcanzado.

Correlaciones					
		TRANSFERENCIAS PRESUPUESTARIAS	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	EQUILIBRIO FINANCIERO	
Rho de Spearman	TRANSFERENCIAS PRESUPUESTARIAS	Coef. De correlación	1,000	,710	,318
		Sig. (bilateral)	.	,000	,016
		N	57	57	57
	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	Coef. de correlación	,710	1,000	,209
		Sig. (bilateral)	,000	.	,119
		N	57	57	57
	EQUILIBRIO FINANCIERO	Coef. de correlación	,318	,209	1,000
		Sig. (bilateral)	,016	,119	.
		N	57	57	57

Fuente: Elaboración Propia

Por otro lado, la tabla 28 muestra a su vez la relación existente entre el tamaño del establecimiento y los resultados del indicador de equilibrio financiero. Con un coeficiente de Spearman de 0,209 se concluye un efecto directo de una variable respecto a la otra. Es decir, el aumento en el tamaño de un recinto hospitalario se puede traducir en un manejo deficiente de los recursos, disparidades entre gastos e ingresos, que se pueden generar dadas las escalas jerárquicas y escasa conexión entre departamentos para optimizar los recursos, así como también pueden deberse a la necesidad de más recursos que permitan mejorar la gestión y entrega de servicio hospitalario.

5.2.4 Relación entre el tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el nivel de deuda en el periodo.

El grado de asociación entre la variable presupuesto y nivel de deuda para el conjunto de establecimientos autogestionados en Chile denota una relación positiva. El coeficiente estadístico de correlación de Spearman muestra una relación de 0,514 entre las variables en estudio. Vale decir, un aumento en el presupuesto asignado a los establecimientos se traduce en un aumento del nivel de deuda, tal como se especifica en la tabla 29.

Tabla 29: Relación entre tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el nivel de deuda en el periodo.

Correlaciones					
		TRANSFERENCIAS PRESUPUESTARIAS	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	NIVEL DE DEUDA EN EL PERIODO N	
Rho de Spearman	TRANSFERENCIAS PRESUPUESTARIAS	Coeficiente de correlación	1,000	,710	,514
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
		N	57	57	57
	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	Coeficiente de correlación	,710	1,000	,316
		Sig. (bilateral)	,000	.	,016
		N	57	57	57
	NIVEL DE DEUDA EN EL PERIODO N	Coeficiente de correlación	,514	,316	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,016	.
		N	57	57	57

Fuente: Elaboración Propia

Ahora bien, si esto se enlaza con la relación que existe entre el tamaño del establecimiento y el nivel de deuda, se desprende que a medida que el tamaño del establecimiento aumenta el nivel de deuda también lo hace. Es decir, existe un enlace entre variables que conlleva a creer que, o bien existe una deficiente administración de los recursos que llegan a los establecimientos, o probablemente los recursos que se inyectan a los recintos no suelen ser suficientes para el mantenimiento de las operaciones. O bien podría ser en parte cada argumento planteado.

5.2.5 Relación entre el tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el porcentaje de satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos.

La siguiente tabla muestra la prueba estadística que denota la dirección de la relación entre la variable tamaño del establecimiento y presupuesto asignado, cada una respecto del nivel de satisfacción percibida por el usuario en urgencia y policlínico para el conjunto de establecimientos autogestionados en Chile.

En la tabla 30, el coeficiente de correlación de Spearman demuestra una relación negativa entre el tamaño del establecimiento y la satisfacción usuaria, y a su vez también demuestra dicha relación entre los recursos con los que cuentan los recintos hospitalarios y el grado de satisfacción percibido por el usuario. Siendo tales variables inversas en su comportamiento es interesante la pregunta de por qué una mayor inyección de recursos no se traduce en una mejora en la gestión de las instituciones, de tal manera que esto sea percibido por el usuario; al contrario, se concluye que en la medida que aumenta la complejidad (tamaño de las instituciones), pese a que estas reciben una mayor transferencia presupuestaria (conclusión obtenida en análisis precedentes), no se traduce en la entrega de un servicio mejor percibido por el usuario, aun cuando estas deciden endeudarse para sobrellevar mejores resultados.

Tabla 30: Relación entre tamaño y presupuesto asignado a un EAR y el nivel de satisfacción usuaria.

Correlaciones					
			TRANSFERENCIA PRESUPUESTARIA + RECAUDACIÓN INGRESOS PROPIOS	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	SATISFACCIÓN USUARIA
Rho de Spearman	TRANSFERENCIA PRESUPUESTARIA + RECAUDACIÓN INGRESOS PROPIOS	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 57	,711 ,000 57	-,289 ,029 57
	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,711 ,000 57	1,000 . 57	-,284 ,032 57
	SATISFACCIÓN USUARIA	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,289 ,029 57	-,284 ,032 57	1,000 . 57

Fuente: Elaboración Propia

Ahora bien, es también importante tener en consideración el estado de tensión que se sostiene dentro de las instituciones por parte de los pacientes o sus acompañantes, de tal manera que la percepción del servicio puede encontrarse influenciada por ello. El ser humano es un ser emocional, y en circunstancias en las que se ven enfrentados a estados que alteren su seguridad buscan una atención muchas veces más rápida de la que en realidad cada establecimiento está en condiciones de brindar, e incluso, no se consideran aquellas variables en que el personal cuente con un estado de equilibrio personal y laboral al momento de entregar el servicio a un paciente, situaciones que claramente influyen en la percepción de la satisfacción de los usuarios en dependencias del recinto.

5.2.6 Relación entre los egresos hospitalarios mensuales de la lista de espera quirúrgica v/s reintervenciones quirúrgicas no programadas en el mes.

La prueba de correlación que se muestra en la tabla 31 indica que la asociación entre ambas variables es positiva, con un coeficiente de correlación de 0,241. Es decir, en la medida que los egresos hospitalarios de la lista de espera quirúrgica aumentan se recae en un incremento de reintervenciones no programadas en los establecimientos.

Es importante recordar que las reintervenciones no programadas se producen por la deficiente atención médica que se le brinda al paciente, amenazando su seguridad y por ende, recayendo en nuevas operaciones. Así, se puede inferir que, en la búsqueda de aumentar los egresos hospitalarios e incrementar el número de pacientes atendidos que se encuentran en lista de espera, se ven afectados los usuarios, dado el interés del establecimiento por aumentar su productividad. De esa manera, se concluye que un esmerado esfuerzo de los establecimientos por ser más productivos genera un efecto en cadena sobre los pacientes, dada la deficiente preocupación por entregar un servicio de calidad.

Por otro lado, si se establece la relación entre las reintervenciones quirúrgicas no programadas respecto del total de egresos de los recintos hospitalarios, la relación continua siendo positiva, aseverando la conclusión anterior: el incremento de egresos hospitalarios como una medida de manejar u optimizar los recursos entre los pacientes se traduce, en cierta medida, en gastos mayores al tener que realizar una corrección a la actividad que fue realizada de forma incorrecta. Dicha relación queda reflejada en la tabla 32.

Tabla 31: Relación entre egresos de la lista de espera quirúrgica y las reintervenciones quirúrgicas no programadas.

Correlaciones					
			NÚMERO DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADOS EN EL MES	NÚMERO DE EGRESOS MENSUALES DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	
Rho de Spearman	NÚMERO DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADOS EN EL MES	DE	Coeficiente de correlación	1,000	,241
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	423	380
	NÚMERO DE EGRESOS MENSUALES DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	DE	Coeficiente de correlación	,241	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	380	384	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 32: Relación entre egresos hospitalarios y las reintervenciones quirúrgicas no programadas.

Correlaciones				
			NÚMERO DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADOS EN EL MES	NÚMERO DE EGRESOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL MES EN EVALUACIÓN
Rho de Spearman	NÚMERO DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADOS EN EL MES	Coefficiente de correlación	1,000	,359
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	423	391
	NÚMERO DE EGRESOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL MES EN EVALUACIÓN	Coefficiente de correlación	,359	1,000
Sig. (bilateral)		,000	.	
	N	391	400	

Fuente: Elaboración Propia

5.3 Análisis Multivariado: Análisis factorial

Tal como se indica en el capítulo III, el análisis multivariado tiene por finalidad llevar a cabo el análisis de dos o más variables a la vez, buscando entender los niveles de asociación entre ellas. Siendo el análisis factorial una de las principales técnicas multivariantes, se escoge como la metodología de análisis estadístico que permitirá dar respuesta al objetivo general de la investigación: “Identificar la relación entre la sustentabilidad financiera en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad de la salud pública chilena con los resultados de excelencia de la atención.”

5.3.1 Objetivo del análisis factorial

El análisis factorial será utilizado desde una perspectiva confirmatoria, dado que las variables (indicadores del cuadro de mando integral) objeto de estudio ya se encuentran, desde un punto de vista teórico, relacionadas en torno a dos factores: Sustentabilidad Financiera y Excelencia de la atención. Vale decir, el objetivo es identificar la estructura del conjunto de indicadores y suministrar, a su vez, un proceso de reducción de datos.

Las variables concernientes al análisis son los doce indicadores de la estrategia de Sustentabilidad Financiera y los ocho indicadores de la estrategia de Excelencia de la Atención, y que fueron descritos y analizados en los capítulos precedentes. Todos los indicadores son métricos y forman un conjunto homogéneo apropiado para el análisis factorial.

5.3.2 Supuestos del análisis factorial

Los supuestos estadísticos subyacentes afectan el análisis factorial en la medida que afectan las correlaciones obtenidas. Incumplimiento de la normalidad, la homocedasticidad y la linealidad pueden reducir las correlaciones entre las variables.

En primera instancia se procede a evaluar la aplicación del análisis factorial mediante el contraste global. Este se define como la medida de adecuación muestral y es obtenido mediante la prueba estadística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Para el conjunto de indicadores correlacionados la medida evaluativa arroja un KMO de 0,354, el que se visualiza en la siguiente tabla, cayendo en un rango mediocre.

Tabla 33: KMO y prueba de Bartlett

KMO		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,354
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	165,401
	gl	190
	Sig.	0,901

Fuente: Elaboración Propia

A partir de lo anterior y con la finalidad de mejorar el valor global del análisis, se realiza el examen de los valores para cada variable. La tabla 34 muestra la matriz de correlaciones anti-imagen, la que tiene por finalidad identificar aquellas variables que tengan valores MSA (medida de adecuación muestral) bajos. Los valores marcados en rojo indican aquellas variables que serán extraídas del análisis factorial: los indicadores 5, 6, 11, 41, 46 y 47. Estos tienen valores MSA muy por debajo del nivel de aceptación (0,5), siendo omitidas entonces con el fin de obtener un conjunto de indicadores que puedan obtener los valores mínimos aceptables.

Tabla 34: Matriz de correlación anti-imagen.

Matrices anti-imagen																					
	IND1	IND2	IND3	IND4	IND5	IND6	IND7	IND8	IND9	IND10	IND11	IND12	IND41	IND42	IND43	IND44	IND45	IND46	IND47	IND48	
Correlación anti-imagen	IND1	,596^a	-0,05	-0,02	-0,29	0,158	0,151	0,036	-0,031	-0,115	-0,117	-0,097	0,009	0,227	0,114	0,199	-0,07	-0,25	0,096	-0,08	-0,17
	IND2	-0,05	,515^a	-0,098	0,166	0,048	0,104	0,046	-0,094	-0,12	-0,103	-0,025	0,045	-0,34	-0,306	-0,161	0,022	-0,14	-0,04	0,111	-0,03
	IND3	-0,02	-0,1	,341^a	-0,78	0,472	-0	-0,02	0,038	-0,154	0,179	0,546	-0,086	0,464	-4,99E-05	-0,097	0,134	0,375	-0,14	-0,11	-0,32
	IND4	-0,29	0,166	-0,783	,317^a	-0,54	0,02	0,025	-0,072	0,312	-0,26	-0,56	0,054	-0,679	0,008	-0,02	-0,12	-0,25	0,169	0,166	0,129
	IND5	0,158	0,048	0,472	-0,54	,163^a	0,012	0,146	-0,005	-0,198	-0,015	0,44	-0,104	0,361	-0,017	-0,151	0,119	0,321	-0,09	-0,04	-0,06
	IND6	0,151	0,104	-0,001	0,02	0,012	,332^a	-0,02	-0,017	-0,085	-0,134	-0,061	-0,056	-0,02	0,028	0,053	-0,03	-0,19	0,062	-0,01	-0,22
	IND7	0,036	0,046	-0,024	0,025	0,146	-0,02	,554^a	0,263	0,069	-0,301	-0,013	0,191	-0,093	0,057	0,049	0,077	-0,07	0,03	0,055	0,001
	IND8	-0,03	-0,09	0,038	-0,07	-0,01	-0,02	0,263	,505^a	0,113	-7,11E-05	0,061	0,267	0,029	-0,026	0,363	-0,02	0,086	-0,07	0,005	-0,06
	IND9	-0,12	-0,12	-0,154	0,312	-0,2	-0,09	0,069	0,113	,374^a	-0,202	-0,131	0,241	-0,36	0,1	0,011	-0,11	0,072	-0,01	0,075	-0,03
	IND10	-0,12	-0,1	0,179	-0,26	-0,02	-0,13	-0,3	-7,11E-05	-0,202	,421^a	0,152	-0,055	0,218	-0,088	-0,097	-0,13	0,087	-0,14	-0,04	0,169
	IND11	-0,1	-0,03	0,546	-0,56	0,44	-0,06	-0,01	0,061	-0,131	0,152	,194^a	0,044	0,399	-0,015	-0,135	0,171	0,565	-0,26	0,01	0,082
	IND12	0,009	0,045	-0,086	0,054	-0,1	-0,06	0,191	0,267	0,241	-0,055	0,044	,426^a	-0,173	-0,011	0,253	-0,03	0,081	0,043	0,185	-0,01
	IND41	0,227	-0,34	0,464	-0,68	0,361	-0,02	-0,09	0,029	-0,36	0,218	0,399	-0,173	,215^a	0,081	0,08	0,057	0,139	-0,1	-0,15	0,114
	IND42	0,114	-0,31	-4,99E-05	0,008	-0,02	0,028	0,057	-0,026	0,1	-0,088	-0,015	-0,011	0,081	,444^a	0,018	-0,04	0,055	0,089	0,003	-0,03
	IND43	0,199	-0,16	-0,097	-0,02	-0,15	0,053	0,049	0,363	0,011	-0,097	-0,135	0,253	0,08	0,018	,460^a	-0,07	-0,21	0,062	-0,04	0,041
	IND44	-0,07	0,022	0,134	-0,12	0,119	-0,03	0,077	-0,016	-0,112	-0,132	0,171	-0,028	0,057	-0,037	-0,073	,343^a	0,192	-0,05	0,001	-0,04
	IND45	-0,25	-0,14	0,375	-0,25	0,321	-0,19	-0,07	0,086	0,072	0,087	0,565	0,081	0,139	0,055	-0,21	0,192	,337^a	-0,09	0,109	0,011
	IND46	0,096	-0,04	-0,144	0,169	-0,09	0,062	0,03	-0,068	-0,011	-0,142	-0,258	0,043	-0,096	0,089	0,062	-0,05	-0,09	,294^a	0,03	-0,1
IND47	-0,08	0,111	-0,105	0,166	-0,04	-0,01	0,055	0,005	0,075	-0,039	0,01	0,185	-0,15	0,003	-0,043	0,001	0,109	0,03	,295^a	0,026	
IND48	-0,17	-0,03	-0,319	0,129	-0,06	-0,22	0,001	-0,056	-0,025	0,169	0,082	-0,006	0,114	-0,034	0,041	-0,04	0,011	-0,1	0,026	,639^a	

a. Medida de adecuación muestral

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 35 contiene la nueva matriz anti-imagen de 14 variables, obtenida una vez se eliminaron los indicadores que poseían valores MSA muy bajo el nivel de aceptación. Los resultados de los valores MSA para las variables actuales obtuvo el comportamiento esperado, es decir, aumentaron una vez fueron extraídas los 6 indicadores. Por otro lado, la tabla 36 indica que el conjunto reducido de variables colectivamente alcanza el umbral necesario de suficiencia con un valor KMO de 0,519.

Tabla 35: Matriz de correlación anti-imagen.

Matrices anti-imagen															
		IND1	IND2	IND3	IND4	IND7	IND8	IND9	IND10	IND12	IND42	IND43	IND44	IND45	IND48
Correlación anti-imagen	IND1	,659	,040	-,111	-,277	,034	-,019	-,016	-,137	,099	,092	,180	-,061	-,252	-,179
	IND2	,040	,474	-,022	,007	-,021	-,096	-,276	-,025	-,023	-,289	-,099	,016	-,244	,020
	IND3	-,111	-,022	,572	-,620	-,038	,015	,035	,102	-,034	-,012	-,048	,043	,124	-,479
	IND4	-,277	,007	-,620	,546	,015	-,069	,094	-,194	-,100	,058	-,089	-,027	,059	,312
	IND7	,034	-,021	-,038	,015	,537	,281	,056	-,272	,195	,072	,094	,071	-,121	,039
	IND8	-,019	-,096	,015	-,069	,281	,482	,126	-,022	,276	-,023	,380	-,025	,073	-,072
	IND9	-,016	-,276	,035	,094	,056	,126	,492	-,157	,189	,142	,036	-,097	,165	,001
	IND10	-,137	-,025	,102	-,194	-,272	-,022	-,157	,537	-,034	-,103	-,126	-,158	,049	,123
	IND12	,099	-,023	-,034	-,100	,195	,276	,189	-,034	,404	-,002	,299	-,034	,038	-,005
	IND42	,092	-,289	-,012	,058	,072	-,023	,142	-,103	-,002	,446	-,005	-,032	,086	-,040
	IND43	,180	-,099	-,048	-,089	,094	,380	,036	-,126	,299	-,005	,486	-,042	-,135	,026
	IND44	-,061	,016	,043	-,027	,071	-,025	-,097	-,158	-,034	-,032	-,042	,561	,112	-,051
	IND45	-,252	-,244	,124	,059	-,121	,073	,165	,049	,038	,086	-,135	,112	,441	-,015
	IND48	-,179	,020	-,479	,312	,039	-,072	,001	,123	-,005	-,040	,026	-,051	-,015	,469

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 36: KMO y prueba de Bartlett

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,519
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	96,591
	gl	105
	Sig.	,709

Fuente: Elaboración Propia

5.3.3 Análisis de factores componentes

Como se indicó anteriormente, los procedimientos del análisis factorial están basados en el cálculo inicial de una tabla completa de intercorrelaciones entre variables (matriz de correlación). Esta matriz de correlación se transforma entonces por medio de la estimación de un modelo de factores para obtener la matriz de factores. Las cargas de cada variable sobre los factores se interpretan para identificar los factores subyacentes de las variables, en este caso indicadores de la estrategia de sustentabilidad financiera y de excelencia de la atención. Estos pasos del análisis factorial se examinan primero para el análisis de componentes principales.

5.3.4 Derivación de los factores y valoración del ajuste global

El primer paso es seleccionar el número de componentes que se mantendrán para un análisis posterior. Tal como se había indicado previamente, el análisis factorial de esta investigación es realizado desde una perspectiva confirmatoria, es decir, se le pide al programa estadístico SPSS la agrupación de las variables en torno a dos factores. De esa forma los indicadores, acorde a su variabilidad en los datos, serán reunidos en torno a una estrategia en específico.

La tabla 37 contiene la información relativa a los 14 posibles factores y su poder explicativo relativo expresado por sus autovalores. Además de valorar la importancia de cada componente, se pueden emplear los autovalores como ayuda para seleccionar el número de factores. Si se aplica el criterio de la raíz latente se deberían mantener por lo menos cinco factores, sin embargo desde la una perspectiva confirmatoria se requiere agrupar los indicadores alrededor de solo dos.

Tabla 37: Resultados para la extracción de los factores de componente

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,438	16,254	16,254	2,438	16,254	16,254
2	1,856	12,373	28,627	1,856	12,373	28,627
3	1,409	9,394	38,021			
4	1,294	8,629	46,651			
5	1,220	8,133	54,784			
7	1,005	14,142	68,926			
8	,881	5,870	74,796			
9	,858	5,719	80,515			
10	,764	5,091	85,606			
11	,606	4,043	89,649			
12	,533	3,556	93,205			
13	,424	2,826	96,031			
14	,371	2,474	98,505			
15	,224	1,495	100,000			

Fuente: Elaboración Propia

5.3.5 Interpretación de los factores

El resultado de este paso se presenta en la tabla 38, matriz de factores de componentes. Se puede apreciar en la tabla las cargas factoriales sobre cada

variable en el factor. La distribución de variables se realiza considerando el mayor valor absoluto, así por ejemplo, el indicador 2 tiene un mayor valor absoluto al ser asociado al componente 1. Como se aprecia en la tabla, el primer factor se compone de los indicadores 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 12, en tanto que el segundo factor se compone de los indicadores 42, 43, 44, 45 y 48; situación que se condice completamente con la distribución que el MINSAL realiza de los indicadores por cada estrategia.

Tabla 38: Matriz de factores de componentes

Matriz de componentes		
	Componente	
	1	2
IND1	,614	,396
IND2	-,299	,214
IND3	,795	,303
IND4	,685	,468
IND7	-,266	,216
IND8	,578	-,410
IND9	-,344	,211
IND10	-,952	,630
IND12	,284	-,226
IND42	-,030	-,092
IND43	-,348	,502
IND44	,080	,151
IND45	-,220	,313
IND48	,518	-,618

Fuente: Elaboración Propia

5.3.6 Denominación de los factores

A partir de los resultados reflejados en la tabla anterior se puede determinar que el factor 1 tiene 9 cargas significativas y el factor 2 contiene 5 cargas significativas, las que quedan expresas en la tabla 39.

Tabla 39: Factores con sus respectivos indicadores

SUSTENTABILIDAD FINANCIERA		EXELENIA EN LA ATENCION	
FACTOR 1		FACTOR 2	
IND1	Número de sistemas de información en operación y uso	IND42	Porcentaje de cumplimiento del plan de auditoria
IND2	Porcentaje de cobertura de egresos codificados por GRD	IND43	Porcentaje de planes de mejora implementados, generados como producto de una auditoría
IND3	Uso de WinSIG según requerimiento MINSAL	IND44	Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas no planificadas
IND4	Porcentaje de cumplimiento de los procesos de compra según la ley 19.886, sobre compras públicas	IND45	Tasa de pacientes con úlceras o lesiones por presión
IND7	Equilibrio financiero	IND48	Porcentaje de satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos
IND8	Porcentaje de cumplimiento de pago oportuno a proveedores		
IND9	Porcentaje de recaudación de ingresos propios		
IND10	Porcentaje de incremento de los egresos de la lista de espera de consulta nueva de especialidad excesivamente prolongada		
IND12	Porcentaje de cumplimiento de la lista de espera quirúrgica		

Fuente: Elaboración Propia

5.3.7 Relación entre los factores

El análisis factorial es utilizado en esta investigación como un método estadístico que permita establecer el grado de asociación entre la estrategia de sustentabilidad financiera y de excelencia de la atención para los establecimientos de mayor complejidad en la salud pública chilena.

Mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman se establece la relación entre ambos factores, quedando esta manifestada en la tabla 40. A través de esta prueba se evidencia una relación negativa entre las estrategias objeto de análisis con un coeficiente de correlación de -0.283. Es decir, mejores resultados en una de las estrategias generaría bajos resultados en la otra.

Tabla 40: Relación entre sustentabilidad financiera (Factor 1) y excelencia de la atención (Factor 2).

Correlaciones				
			REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1
Rho de Spearman	REGR factor score 1 for analysis 1	Coeficiente de correlación	1,000	-,283
		Sig. (bilateral)	.	,063
		N	44	44
	REGR factor score 2 for analysis 1	Coeficiente de correlación	-,283	1,000
		Sig. (bilateral)	,063	.
		N	44	44

Fuente: Elaboración Propia

5.4 Conclusión análisis de resultados

El objetivo principal de esta investigación es expresar la importancia que representa la administración en el área de la salud, como una herramienta que puede ayudar a desarrollar una visión de conjunto del sistema, optimizando los recursos humanos, técnicos y financieros, con la finalidad de llevar las instituciones de salud a un estado de eficiencia. Es frecuente encontrar médicos que son llamados a administrar en distintos niveles jerárquicos del sistema de salud, careciendo (en su mayoría) de experiencia y preparación específica en administración; y, a su vez, también se encuentran directivos expertos en administración, pero con escasas nociones de las problemáticas del área de la salud.

Conforme se suscitan situaciones como las descritas anteriormente, surge fuertemente la necesidad de evaluar el modo en que se están utilizando los recursos que son inyectados a las instituciones de la salud, respecto a parámetros establecidos por organismos superiores; y si es que la administración de dichos recursos, ya sea conforme o deficiente, es percibida por el usuario.

Dado lo anterior es que se realizan los análisis mostrados en apartados anteriores, finalizando con el análisis factorial como muestra estadística de la relación que acontece entre las estrategias estudiadas. Previo a ello, es importante tener en consideración cuál es la noción general que se tiene de las estrategias abordadas.

Por un lado, la estrategia de sustentabilidad financiera involucra un conjunto de indicadores que dicen relación con la gestión que día a día se realiza en cuanto al manejo de recursos financieros. Inclusive cuando hace referencia al uso de sistemas informáticos lo que se busca es llevar un control minucioso en cuanto a los costos que implican las asistencias médicas. Es decir, esta estrategia se alinea con lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define en cuanto a financiamiento de la salud, vale decir, se ocupa de la generación, asignación y

utilización de los recursos financieros, para cubrir las necesidades de salud de las personas. Esto supone que el objetivo del financiamiento de la salud es tener fondos disponibles, entregar los incentivos correctos a los proveedores, asegurar que todos los individuos tengan acceso efectivo a la salud pública y a las prestaciones de salud.

Por otro lado, el concepto de la estrategia de excelencia de la atención se enmarca en un grupo de indicadores que dicen relación con la gestión que el personal de la salud realiza para entregar calidad en la atención y una percepción positiva en las personas que son usuarias del servicio. El concepto de calidad en salud se enmarca, según Vanormalingen (1996), en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; los que superpuestos tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

Pues bien, acorde a las definiciones anteriores y a los resultados de la prueba estadística, se puede concluir que la relación negativa que se establece entre la sustentabilidad financiera y la excelencia de la atención responde a la administración de recursos orientada fuertemente en generar mejores resultados en gestión en una de las áreas, en desmedro de los resultados de la gestión de la otra.

La explicación en la que se basa la aseveración anterior, más allá de una prueba estadística, radica en el enfoque que da el Ministerio de Salud a las variables que consideran más relevantes de medir al interior de las instituciones. Existe un fuerte interés por la productividad más allá de la calidad en el servicio que se entrega, además de la elevada concentración en lo administrativo, refiriéndose al objetivo

de los indicadores por llevar a cabo un registro detallista de la información. El problema radica en la importancia que se le da al dato más allá de la utilidad que este pueda brindar al analizarlo o cruzarlo con la información proporcionada por otros indicadores.

Por otro lado, y en consecuencia al análisis univariado y bivariado realizado en apartados precedentes, la rigidez en la toma de decisiones financieras impide también el aprovechamiento de oportunidades y optimización de los recursos, lo que sin duda podría derivar en la entrega de un mejor servicio. Así por ejemplo, aquellos indicadores que miden el cumplimiento de procesos de compra, cumplimiento de pago oportuno a proveedores e incrementos de egresos de la lista de espera, generan tal rigidez presupuestaria por cumplir esos indicadores que se limita el uso de recursos financieros en generar un servicio de calidad y que, a su vez, este sea percibido por el usuario. Un claro ejemplo de ello es la relación que existe entre el número de egresos de la lista de espera quirúrgica y el número de reintervenciones no programadas que se realizan: existe tal preocupación por generar el alta médica que se pone en riesgo la seguridad del paciente, al tener este que ser reintervenido por tal efecto.

Finalmente, una de las principales razones que puede deliberar en el comportamiento inverso de las estrategias de sustentabilidad financiera y de excelencia de la atención, es la nula interdependencia que se genera entre las áreas. El análisis de los indicadores demuestra que todos los indicadores del área financiera dicen relación con personal administrativo, que básicamente ingresa información al sistema o busca cumplir con las metodologías establecidas por el Ministerio de Salud o presupuestos establecidos; en tanto que los indicadores de excelencia de la atención se abocan al personal que tienen relación directa con el paciente o con la manera en que el servicio puede ser mejorado. Dicho de otro modo, gran parte del personal realiza su labor sin importar el efecto que ello pueda generar en los usuarios del servicio, e incluso en el resto del personal.

Es de suponer que las personas que elaboran este tipo de medición no consideran el tiempo que implica cumplir tales indicadores, no visto como una pérdida de tiempo, sino considerando esta variable como un recurso que siendo optimizado constituye una herramienta que contribuye a la calidad del servicio. Si lo anterior se cumpliera, entonces es probable que los niveles de satisfacción usuaria se vieran incrementados. En esa misma línea, si más allá de la importancia que se le brinda al dato se realizará un análisis de la información acabado en retroalimentación con el personal, existe una alta probabilidad de que la atención que se brinde no recaiga en errores que impliquen deficiencias en la entrega en el servicio, siendo esto percibido positivamente por el usuario.

CONCLUSIONES

La investigación precedente busca establecer el grado de asociación entre la estrategia de sustentabilidad financiera y de excelencia de la atención en los establecimientos de mayor complejidad en la salud pública chilena. A través del análisis estadístico de los indicadores de cuadro de mando integral, se pretende dar respuesta a tal relación para los 57 establecimientos clasificados como autogestionados en Chile.

El estudio permitió determinar el grado de correlación entre las estrategias analizadas, y de los indicadores que lo componen, como una medida de análisis de resultados de la gestión que hoy en día se alcanza en las instituciones públicas más complejas del país, considerando un periodo de evaluación de ocho meses.

A partir de lo anterior, se logra concluir que existe una relación negativa entre las estrategias de sustentabilidad financiera y de excelencia de la atención, la que se justifica fuertemente por la orientación de los esfuerzos y recursos en generar mejoras en los resultados de una de las áreas, en desmedro de los resultados que se puedan producir por la falta de enfoque en la otra. Es decir, las mejoras en el área financiera no se traducen en mejoras en el área de excelencia de la atención.

El primer y segundo objetivo específico, describir indicadores y variables de las estrategias de sustentabilidad financiera y de excelencia de la atención, se responde mediante la elaboración de definiciones que permiten entender los análisis posteriores. Estas se elaboran mediante la consulta al Instrumento de Evaluación de Establecimiento Autogestionados en Red año 2013, creado y modificado por el Ministerio de Salud.

El tercer objetivo específico, contrastar el presupuesto y tamaño el establecimiento con indicadores de las estrategias objeto de estudio, es alcanzado mediante el análisis univariado y bivariado que se realiza de las variables. A través de este proceso se obtienen relaciones significativas entre los indicadores, llegando a concluir que: 1) Aquellos establecimiento de mayor tamaño, y por ende de mayor

complejidad, reciben una mayor inyección de recursos por parte del Servicio de Salud; 2) En la medida que se le inyectan más recursos a los recintos hospitalarios, y por ende siendo estos de mayor complejidad, existe una mayor tendencia al desequilibrio financiero, reflejado en los mayores gastos que se realizan, respecto de los ingresos percibidos; 3) En la medida que aumentan las transferencias presupuestarias y el tamaño del establecimiento, el nivel de deuda también se ve incrementado. Lo anterior lleva a concluir que; o bien los recursos son escasos para sostener la operación de un establecimiento hospitalario, o los recursos son administrados de una forma deficiente, teniendo estos que optar a adquirir deuda por tales razones; 4) Existe una relación negativa entre el tamaño del establecimiento, así como de los recursos monetarios con los que cuenta, frente a la satisfacción usuaria en el recinto. Es decir, indistinto de que un recinto hospitalario por ser clasificado de mayor complejidad y recibir una mayor inyección de recursos, no se canaliza al usuario, dado que este no lo percibe satisfactoriamente, aun cuando toman los establecimientos la decisión de endeudarse.

Es importante indicar la relevancia que toma el estudio realizado, no como una crítica al sistema, sino una herramienta para los gestores y tomadores de decisión en aras de la entrega de un mejor servicio, de mejor calidad y que de la misma manera permita lograr la optimización de recursos necesaria para el logro de una administración eficiente y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Collins D, N. G. (1999). La autonomía hospitalaria: la experiencia del Hospital Nacional Kenyatta. *Int J Health Plann Administrar*, 129-53.
- Infante A, D. L.-A. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 13-20.
- Sandoval, H. (2004). Mejor salud para los chilenos: Fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuaderno Médico Sociales*, 5-20.
- Santelices C, Emilio, Delgado S, Magdalena, Criado P. Fanny, Cortés L, Vilma. (2013). Instrumento de evaluación establecimientos autogestionados en red. *Autogestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes, Versión 3.*
- Vanormalingen Pineda (1996). *La Gerencia de Calidad en Salud*, Washington: OPS/OMS.

Biblioteca Científica Electrónica Online

- Salinas P, Hugo, Erazo B, Marcia, Reyes P, Alvaro, Carmona G, Sergio, Veloz R, Patricio, Bocaz E, Francisca, Silva P, Paulina, & Carvajal G, Rodrigo. (2004). Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1532-1542. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200013&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872004001200013.
- Téllez T, Alvaro, & Aguayo T, Elisa. (2008). Resultados de un sistema de atención privado basado en un modelo de salud familiar en Chile. *Revista médica de Chile*, 136(7), 873-879. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008000700008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872008000700008.
- Oliva, Carolina, Hidalgo, Carmen Gloria. (2004). Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé (Santiago)*,13(2), 173-186. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200013&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-22282004000200013.
- Valdivieso D, Vicente. (2000). La reforma de salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina: un intento de síntesis. *Revista médica de Chile*, 128(10), 1161-1166. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200001000013&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-9887200001000013.

Castillo-Laborde, Carla. (2010). Evaluaciones económicas en el proceso de toma de decisiones en salud: El caso de Inglaterra. *Revista médica de Chile*, 138(Supl. 2), 103-107. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000009&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872010001000009.

Lenz-Alcayaga, Rony. (2010). Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. *Revista médica de Chile*, 138(Supl. 2), 88-92. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872010001000006.

Riveros S, Jorge, Berné M, Carmen. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista médica de Chile*, 135(7), 862-870. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872007000700006.

Artaza B, Osvaldo. (2008). Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Revista chilena de pediatría*, 79(2), 127-130. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200001&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062008000200001.

Seguel P, Fredy, Paravic K, Tatiana. (2011). UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN HOSPITALES AUTOGESTIONADOS. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 19-25. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532011000200003.

Bedregal G, Paula, Leal C, Viviana, Lavados M, Manuel, Lafuente G, Montserrat, Chomali G, Fernando, Ardiles N, Jorge, Martínez S, Javiera, Boeusseu G, Marie-Charlotte. (2002). Asignación de recursos en salud en Chile: Consideraciones éticas en la toma de decisión. *Revista médica de Chile*, 130(2), 181-190. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872002000200008.

Santelices C, Emilio, Ormeño C, Héctor, Delgado S, Magdalena, Lui M, Christopher, Valdés V, Raúl, Durán C, Lorena. (2013). Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile. *Revista médica de Chile*, 141(4), 457-463. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872013000400006.

- Villarroel Cáceres, Álvaro. (2012). El protocolo de acuerdos de la Ley de presupuestos del sector público. *Revista de derecho (Valparaíso)*, (38), 617-657. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512012000100015&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-68512012000100015.
- Salinas P, Hugo, Erazo B, Marcia, Reyes P, Alvaro, Carmona G, Sergio, Veloz R, Patricio, Bocaz E, Francisca, Silva P, Paulina, Carvajal G, Rodrigo. (2004). Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1532-1542. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200013&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872004001200013.
- Hugo, Reyes, Alvaro, Carrasco, Benjamín, Veloz, Patricio, Erazo, Marcia, Carmona, Sergio, Martínez, Luis. (2005). Propuesta de índices de gestión de servicios médico-quirúrgicos hospitalarios mediante técnicas estadísticas multivariantes. *Revista médica de Chile*, 133(2), 195-201. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000200008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872005000200008.
- Riveros S, Jorge, Berné M, Carmen, Múgica G, José M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista médica de Chile*, 138(5), 630-638. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872010000500015.
- Matilla, Magali M, Chalmeta, Ricardo. (2007). Metodología para la Implantación de un Sistema de Medición del Rendimiento Empresarial. *Información tecnológica*, 18(1), 119-126. Recuperado en 18 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642007000100016&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-07642007000100016.
- Bedregal G, Paula, Leal C, Viviana, Lavados M, Manuel, Lafuente G, Montserrat, Chomali G, Fernando, Ardiles N, Jorge, Martínez S, Javiera, Boeusseu G, Marie-Charlotte. (2002). Asignación de recursos en salud en Chile: Consideraciones éticas en la toma de decisión. *Revista médica de Chile*, 130(2), 181-190. Recuperado en 19 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872002000200008.
- Alarcon M, Ana M, Muñoz N, Sergio. (2008). Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Revista médica de Chile*, 136(1), 125-130. Recuperado en 19 de agosto de 2013, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100016&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872008000100016.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo N°1: Indicadores y variables que conforman las estrategias de eficiencia operacional y gestión clínica, del CMI de los EAR en Chile.

Las estrategias y variables descritas a continuación, si bien no pertenecen al objetivo esencial del estudio, son descritas dada la relevancia que pueden manifestar algunas de ellas en el análisis estadístico de los resultados de la presente investigación.

Descripción de Indicadores:

1. Estrategia de Eficiencia Operacional

Perspectiva : Aprendizaje y desarrollo

Objetivo : Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal

Tabla 1: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Mejora del Clima Laboral” (B.1.1)

Responsable	:	Encargado de Recursos Humanos
Descripción	:	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de mejora de clima laboral, programadas por el establecimiento.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son buenos
Fórmula	:	$\frac{\text{Número de actividades realizadas del plan de clima laboral en el mes}}{\text{Número de actividades del plan de clima laboral programadas, cuyo plazo de cumplimiento se encuentra vencido en el mes}} \times 100$

Validación de Datos	:	1. Diagnóstico de evaluación del clima laboral. 2. Resolución de aprobación del plan de mejora de clima laboral y carta Gantt adjunta. 3. Informe de evaluación del cumplimiento del plan dirigido al director del establecimiento.												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	≥ 90%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 75\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$75 \leq X < 80\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$80 \leq X < 85\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$85 \leq X < 90\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 90\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 75\%$	1	$75 \leq X < 80\%$	2	$80 \leq X < 85\%$	3	$85 \leq X < 90\%$	4	$X \geq 90\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 75\%$													
1	$75 \leq X < 80\%$													
2	$80 \leq X < 85\%$													
3	$85 \leq X < 90\%$													
4	$X \geq 90\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2: Indicador “Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas” (B.1.2)

Responsable	:	Encargado de Recursos Humanos
Descripción	:	Este indicador corresponde a la sumatoria de los días de licencias médicas curativas, acumulados al mes en evaluación, respecto de la dotación efectiva vigente al último día del mismo mes.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	índice
Polaridad	:	Los valores bajos son buenos
Fórmula	:	Total de días de ausentismo por licencias médicas curativas, acumulados en el mes de evaluación / Total de dotación efectiva en el mes de evaluación.
Validación de Datos	:	Los días de ausentismo se obtienen de la publicación en el Portal de Gestión SIRH. La dotación efectiva se obtiene del número de cargos de las Leyes 18.834, 19.664 y 15.076, informados oficialmente a la

	Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, para el año en evaluación.												
Línea Base	: Sin línea base												
Meta	: 100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente												
Puntuación	: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 95,00\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$95,00\% \leq X < 96,68\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$96,68\% \leq X < 98,34\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$98,34\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,00\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 95,00\%$	1	$95,00\% \leq X < 96,68\%$	2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$	3	$98,34\% \leq X < 100,0\%$	4	$X = 100,00\%$
Puntuación	Cumplimiento												
0	$X < 95,00\%$												
1	$95,00\% \leq X < 96,68\%$												
2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$												
3	$98,34\% \leq X < 100,0\%$												
4	$X = 100,00\%$												

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3: Indicador “Porcentaje de Funcionarios Capacitados que Ejercen Funciones de Jefatura” (B.1.3)

Responsable	: Encargado de Recursos Humanos
Descripción	: Este indicador mide el porcentaje de personas que ejercen funciones de jefatura, tanto en el cargo como en subrogancia, que han recibido capacitación en temas relacionados con administración, estrategia y gestión.
Frecuencia de Medición	: Mensual
Tipo de Unidad	: Porcentaje
Polaridad	: Los valores altos son buenos
Fórmula	: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con funciones de jefatura (titulares y subrogantes), capacitadas según criterios definidos}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas con funciones de jefaturas (titulares y subrogantes), en el establecimiento}} \times 100$
Validación de Datos	: SIRH y organigrama del hospital
Línea Base	: Sin línea base
Meta	: 100% cada año

Puntuación :	Puntuación	Cumplimiento
	0	$X < 70,0\%$
	1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
	2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
	3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$
	4	$X = 100,0\%$

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos

Tabla 4: Indicador “Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años” (B.2_1.1)

Responsable :	Encargado Área Quirúrgica		
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.		
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		
Validación de Datos :	REM 17 Serie BS F1		
Línea Base :	Acumulada a diciembre del año anterior		
Meta :	10% sobre la línea base ó $\geq 25\%$		
Puntuación :	Puntuación	Aumentos	Cumplimiento

	sobre base	línea 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	$X \geq 10,0\%$	$X \geq 25,0\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 5: Indicador “Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria” (B.2_1.2)

Responsable	:	Encargado de Servicio de Urgencia
Descripción	:	Este indicador mide el porcentaje de pacientes clasificados al ingreso de la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), en función de los síntomas y signos referidos por el paciente o acompañante, en aras de priorizar la atención médica y cuidados de enfermería, acorde con los recursos materiales y humanos dispuestos por el establecimiento.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son adecuados
Fórmula	:	Número de pacientes categorizados al ingreso a la UEH en el mes / Total de consultas médicas de urgencia en la UEH en el mes x 100
Validación de Datos	:	REM A.08 Sección A.2
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior
Meta	:	15% sobre la línea base ó $\geq 80\%$

Puntuación :	Puntuación	Aumento sobre línea base	Cumplimiento meta
	0	$X < 3,75\%$	$X < 77,0\%$
	1	$3,75\% \leq X < 7,50\%$	$77,0\% \leq X < 78,0\%$
	2	$7,50\% \leq X < 11,25\%$	$78,0\% \leq X < 79,0\%$
	3	$11,25\% \leq X < 15,0\%$	$79,0\% \leq X < 80,0\%$
	4	$X \geq 15,0\%$	$X \geq 80\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 6: Indicador “Categorización de Pacientes en Niveles de Riesgo Dependencia” (B.2_1.3)

Responsable :	Enfermera Encargada de Gestión del Cuidado
Descripción :	Este indicador mide el porcentaje de pacientes categorizados por riesgo dependencia, mediante la relación entre los días camas categorizadas y el total de días camas ocupadas.
Frecuencia de Medición :	Mensual
Tipo de Unidad :	Porcentaje
Polaridad :	Los valores altos son buenos
Fórmula :	$\frac{\text{Número de días camas categorizados}}{(\text{Número de días camas ocupados en camas que se categorizan de lunes a domingo})} \times 100$ $\frac{\text{Número de días camas categorizados}}{(\text{Número de días camas ocupados en camas que se categorizan de lunes a viernes})} \times 0,7 \times 100$
Validación de Datos :	REM 20
Línea Base :	Sin línea base
Meta :	100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente

Puntuación :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 95 \%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$95 \% \leq X < 96,68 \%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$96,68 \% \leq X < 98,34 \%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$98,34 \% \leq X < 100 \%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100 \%$</td> </tr> </tbody> </table>		Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 95 \%$	1	$95 \% \leq X < 96,68 \%$	2	$96,68 \% \leq X < 98,34 \%$	3	$98,34 \% \leq X < 100 \%$	4	$X = 100 \%$
	Puntuación	Cumplimiento												
	0	$X < 95 \%$												
	1	$95 \% \leq X < 96,68 \%$												
	2	$96,68 \% \leq X < 98,34 \%$												
	3	$98,34 \% \leq X < 100 \%$												
4	$X = 100 \%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7: Indicador “Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH (B.2_1.4)

Responsable :	Gestor de Camas						
Descripción :	Este indicador 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.						
Frecuencia de Medición :	Mensual						
Tipo de Unidad :	Porcentaje						
Polaridad :	Los valores altos son buenos						
Fórmula :	$\frac{\text{Número de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan antes de 12 horas desde la indicación, en el mes}}{\text{Total de pacientes ingresados a los servicios clínicos con indicación de hospitalización provenientes de la UEH, en el mes}} \times 100$						
Validación de Datos :	REM A.08 sección G						
Línea Base :	Sin línea base						
Meta :	70%						
Puntuación :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 55\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$55\% \leq X < 60\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 55\%$	1	$55\% \leq X < 60\%$
Puntuación	Cumplimiento						
0	$X < 55\%$						
1	$55\% \leq X < 60\%$						

	2	$60 \% \leq X < 65\%$
	3	$65 \% \leq X < 70\%$
	4	$X \geq 70\%$

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos

**Tabla 8: Indicador “Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno”
(B.2_2.1)**

Responsable	:	Encargado de Farmacia												
Descripción	:	El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	$\frac{\text{Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria por mes calendario}}{\text{Número total de recetas despachadas en el área ambulatoria por mes calendario}} \times 100$												
Validación de Datos	:	REM BS 17 sección J												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 70\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$70\% \leq X < 80\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$80\% \leq X < 90\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$90\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 70\%$	1	$70\% \leq X < 80\%$	2	$80\% \leq X < 90\%$	3	$90\% \leq X < 100,0\%$	4	$X = 100,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 70\%$													
1	$70\% \leq X < 80\%$													
2	$80\% \leq X < 90\%$													
3	$90\% \leq X < 100,0\%$													
4	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 9: Indicador “Porcentaje de Implementación Dosis Diaria” (B.2_2.2)

Responsable	:	Encargado de Farmacia												
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												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	Número de camas con dosis diaria en el mes / Número total de camas disponibles en el establecimiento en el mes x 100												
Validación de Datos	:	Informe unidad farmacia y REM 20												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	≥ 90% de las camas operativas												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 80\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$80\% \leq X < 83,3\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$83,3\% \leq X < 86,6\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$86,6\% \leq X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 90,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 80\%$	1	$80\% \leq X < 83,3\%$	2	$83,3\% \leq X < 86,6\%$	3	$86,6\% \leq X < 90,0\%$	4	$X \geq 90,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 80\%$													
1	$80\% \leq X < 83,3\%$													
2	$83,3\% \leq X < 86,6\%$													
3	$86,6\% \leq X < 90,0\%$													
4	$X \geq 90,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 10: Indicador “Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico” (B.2_2.3)

Responsable	:	Encargado de Farmacia
Descripción	:	Este indicador mide el porcentaje de medicamentos del arsenal definido por el

		establecimiento, que fueron utilizados en el período.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	Nº de medicamentos utilizados en el mes de evaluación que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento / Nº total de medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico del establecimiento x 100												
Validación de Datos	:	Resolución del arsenal farmacológico actualizado e informe de la unidad de farmacia												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	≥ 90% mensual												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>X < 80 %</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>80% ≤ X < 83,3%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>83,3% ≤ X < 86,6%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>86,6 % ≤ X < 90%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>X ≥ 90%</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	X < 80 %	1	80% ≤ X < 83,3%	2	83,3% ≤ X < 86,6%	3	86,6 % ≤ X < 90%	4	X ≥ 90%
Puntuación	Cumplimiento													
0	X < 80 %													
1	80% ≤ X < 83,3%													
2	83,3% ≤ X < 86,6%													
3	86,6 % ≤ X < 90%													
4	X ≥ 90%													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 11: Indicador “Gestión del Presupuesto del Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos” (B.2_2.4)

Responsable	:	Encargado de Equipos Médicos
Descripción	:	Este indicador mide el gasto en mantenimiento preventivo de equipos médicos, asociado al presupuesto asignado para tal efecto, para el año en curso.
Frecuencia de Medición	:	Mensual

Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	Ejecución presupuestaria mensual asociada a mantenimiento preventivo de equipos médicos / Presupuesto mensual asignado a mantenimiento preventivo para el establecimiento * 100												
Validación de Datos	:	Informe contable con detalle del gasto en mantenimiento preventivo de equipos médicos del periodo, basado el ítem 22-06-006												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 85\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$85\% \leq X < 90\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$90\% \leq X < 95\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$95\% \leq X < 100\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 85\%$	1	$85\% \leq X < 90\%$	2	$90\% \leq X < 95\%$	3	$95\% \leq X < 100\%$	4	$X = 100\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 85\%$													
1	$85\% \leq X < 90\%$													
2	$90\% \leq X < 95\%$													
3	$95\% \leq X < 100\%$													
4	$X = 100\%$													

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 12: Indicador “Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (DM)”
(B.2_2.5)**

Responsable	:	Encargado de Abastecimiento de Dispositivos Médicos (DM).
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.

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												
Validación de Datos	:	Encargado de abastecimiento de dispositivos médicos.												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	Igual a 8 veces en el año												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 2$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$2 \leq X < 4$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$4 \leq X < 6$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$6 \leq X < 8$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 8$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 2$	1	$2 \leq X < 4$	2	$4 \leq X < 6$	3	$6 \leq X < 8$	4	$X \geq 8$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 2$													
1	$2 \leq X < 4$													
2	$4 \leq X < 6$													
3	$6 \leq X < 8$													
4	$X \geq 8$													

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos

**Tabla 13: Indicador “Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas”
(B.2_3.1)**

Responsable	:	Encargado Pabellón Quirúrgico
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.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje

Polaridad	:	Los valores bajos son buenos												
Fórmula	:	Número de intervenciones quirúrgicas trazadoras suspendidas en el establecimiento en el mes / Total de intervenciones quirúrgicas trazadoras programadas en tabla en el mes x 100												
Validación de Datos	:	REM BS21 sección G y tablas quirúrgicas firmadas por el jefe del servicio de cirugía el día anterior a las cirugías.												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$90,0\% \leq X < 93,3\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$93,3\% \leq X < 96,6\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$96,6\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	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	$X = 100,0\%$
Puntuación	Cumplimiento													
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	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 14: Indicador “Promedio de Días de Hospitalización Pre-quirúrgicos”
(B.2_3.2)**

Responsable	:	Encargado Área Quirúrgica
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.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Número
Polaridad	:	Los valores bajos son buenos
Fórmula	:	\sum días cama ocupados previos a efectuarse la cirugía electiva en especialidades trazadoras en el mes /

	Total de intervenciones quirúrgicas electivas trazadoras realizadas en el establecimiento en el mes.												
Validación de Datos	: REM BS21 sección F												
Línea Base	: Sin línea base												
Meta	: 100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente												
Puntuación	: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 85\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$85\% \leq X < 90\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$90\% \leq X < 95\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$95\% \leq X < 100\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 85\%$	1	$85\% \leq X < 90\%$	2	$90\% \leq X < 95\%$	3	$95\% \leq X < 100\%$	4	$X = 100\%$
Puntuación	Cumplimiento												
0	$X < 85\%$												
1	$85\% \leq X < 90\%$												
2	$90\% \leq X < 95\%$												
3	$95\% \leq X < 100\%$												
4	$X = 100\%$												

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 15: Indicador “Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3 (B.2_3.4)”

Responsable	: Subdirector Médico
Descripción	: Este indicador mide el porcentaje de las camas básicas que se encuentran ocupadas por pacientes categorizados D2 y D3.
Frecuencia de Medición	: Mensual
Tipo de Unidad	: Porcentaje
Polaridad	: Los valores altos son buenos
Fórmula	: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de días cama ocupados por pacientes con nivel de riesgo dependencia D2-D3 en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de días cama ocupados por pacientes categorizados según nivel de riesgo dependencia en el mes}} \times 100$
Validación de Datos	: REM 20
Línea Base	: Sin línea base
Meta	: 100% de lo comprometido en COMGES para el año

	vigente		
Puntuación :		Puntuación	Cumplimiento
		0	X < 90,0 %
		1	90,0% ≤ X < 93,3%
		2	93,3 % ≤ X < 96,6 %
		3	96,6 % ≤ X < 100,0 %
		4	X = 100,0 %

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Financiera

Objetivo: Usar de manera eficiente los recursos

Tabla 16: Indicador “Rendimiento de las Horas Contratadas de los Profesionales Funcionarios” (B.2_3.3)

Responsable :	Encargado de Recursos Humanos
Descripción :	Este indicador mide la relación entre las horas de los profesionales funcionarios contratados y la producción valorada del establecimiento.
Frecuencia de Medición :	Mensual
Tipo de Unidad :	Número
Polaridad :	Los valores altos son buenos
Fórmula :	Facturación atención institucional + ingresos de operación en el mes) ²⁶ / Horas efectivas del personal contratado en las leyes 15.076, 18.834 y 19.664 en el mes ²⁷
Validación de Datos :	REM 0 (DEIS) y ejecución presupuestaria SIGFE de los servicios de salud (Subtítulo 07 “Ingresos de Operación”) / SIRH
Línea Base :	Acumulada a diciembre del año anterior
Meta :	Incremento de un 5% sobre la línea base
Puntuación :	

²⁶ Producción valorizada total

²⁷ Informe trimestral de dotación DIPRES, informados por los servicios de salud

		Puntuación	Cumplimiento
		0	$X < 1,25\%$
		1	$1,25\% \leq X < 2,50\%$
		2	$2,50\% \leq X < 3,75\%$
		3	$3,75\% \leq X < 5,0\%$
		4	$X \geq 5,0\%$;

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Financiera

Objetivo: Mejoramiento de la productividad

Tabla 17: Indicador “Índice Ocupacional” (B.3.1)

Responsable	:	Encargado Área Clínica											
Descripción	:	Mide el grado de uso (%), de las camas disponibles o en trabajo para un determinado período, en todas las camas de especialidad médico quirúrgica y en cualquier caso solo para pacientes adultos.											
Frecuencia de Medición	:	Mensual											
Tipo de Unidad	:	Porcentaje											
Polaridad	:	Los valores cercanos a 85% son buenos											
Fórmula	:	$\text{N}^\circ \text{ de días cama ocupados en el mes} / \text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en el mes} \times 100$											
Validación de Datos	:	REM 20, resumen estadístico del censo diario de camas y pacientes											
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior											
Meta	:	$80\% \leq X \leq 90\%$											
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>< 80%</th> <th>> 90%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 72,5\%$</td> <td>$X > 97,5\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$72,5\% \leq X < 75,0\%$</td> <td>$95,0\% < X \leq 97,5\%$</td> </tr> </tbody> </table>			Puntuación	< 80%	> 90%	0	$X < 72,5\%$	$X > 97,5\%$	1	$72,5\% \leq X < 75,0\%$	$95,0\% < X \leq 97,5\%$
Puntuación	< 80%	> 90%											
0	$X < 72,5\%$	$X > 97,5\%$											
1	$72,5\% \leq X < 75,0\%$	$95,0\% < X \leq 97,5\%$											

	2	$75,0\% \leq X < 77,5\%$	$92,5\% < X \leq 95,0\%$
	3	$77,5\% \leq X < 80,0\%$	$90,0\% < X \leq 92,5\%$
	4	$80,0\% \leq X \leq 90,0\%$	$80,0\% \leq X \leq 90,0\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 18: Indicador “Índice de Sustitución” (B.3.2)

Responsable	:	Encargado Área Clínica			
Descripción	:	Este índice expresa de manera indirecta, el tiempo promedio que transcurre entre la salida y llegada de un paciente a una cama.			
Frecuencia de Medición	:	Mensual			
Tipo de Unidad	:	índice			
Polaridad	:	Los valores cercanos a 1 son buenos			
Fórmula	:	$(\text{Total de días cama disponibles} - \text{Total de días cama ocupados}) / \text{Total de egresos en el período}$			
Validación de Datos	:	REM 20, resumen estadístico del censo diario de camas y pacientes			
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior			
Meta	:	20% de disminución, bajo su línea base ó ≤ 1			
Puntuación	:	Puntuación	Escala progresión	Puntuación	Escala proximidad
		0	$X < 5,0\%$	0	$X > 1,15$
		1	$5,0\% \leq X < 10,0\%$	1	$1,10 < X \leq 1,15$
		2	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	2	$1,05 < X \leq 1,10$
		3	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	3	$1,00 < X \leq 1,05$
		4	$X \geq 20,0\%$	4	$X \leq 1$

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 19: Indicador “Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos” (B.3.3)

Responsable	:	Encargado Pabellón Quirúrgico												
Descripción	:	Se definirá como porcentaje de utilización de pabellones quirúrgicos electivos, el tiempo medido en horas, en que se utiliza el conjunto de recursos humanos y materiales disponibles, de manera organizada, en un recinto físico determinado, para proporcionar acciones anestésicas, diagnósticas y terapéuticas de tipo quirúrgico, de acuerdo a las necesidades del paciente.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de pabellones electivos utilizadas en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de horas de pabellones electivos disponibles en el mes}} \times 100$												
Validación de Datos	:	REM BS 21 sección A												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 85,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$85,0\% \leq X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$90,0\% \leq X < 95,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$95,0\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	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	$X \geq 100,0\%$
Puntuación	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	$X \geq 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 20: Indicador “Gasto en Horas Extraordinarias (B.3.4)

Responsable	:	Encargado de Recursos Humanos												
Descripción	:	Este indicador mide el total del gasto asociado a pagos por horas extraordinarias, otorgado a cualquiera de los funcionarios del establecimiento ya sea que se trate de profesionales o técnicos, independientemente del tipo de contrato o modalidad de trabajo que les corresponde cumplir.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	$\frac{\text{Gasto de horas extraordinarias acumuladas a diciembre del período } n - 1 - \text{Gasto de horas extraordinarias acumuladas al período en evaluación}}{\text{Gasto de horas extraordinarias acumuladas a diciembre del período } n - 1} \times 100$												
Validación de Datos	:	SIGFE												
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior												
Meta	:	5% de reducción, bajo la línea base												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$0,00\% \leq X < 1,66\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$1,66\% \leq X < 3,32\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$3,32\% \leq X < 5,00\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 5\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 0\%$	1	$0,00\% \leq X < 1,66\%$	2	$1,66\% \leq X < 3,32\%$	3	$3,32\% \leq X < 5,00\%$	4	$X \geq 5\%$
Puntuación	Cumplimiento													
0	$X < 0\%$													
1	$0,00\% \leq X < 1,66\%$													
2	$1,66\% \leq X < 3,32\%$													
3	$3,32\% \leq X < 5,00\%$													
4	$X \geq 5\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Usuarios

Objetivo: Agregar valor al usuario

Tabla 21: Indicador “Porcentaje de Reclamos Contestados Oportunamente (B.4.1)

Responsable	:	Encargado Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS)												
Descripción	:	Este indicador mide el porcentaje de reclamos efectuados por los usuarios al establecimiento, que están registrados en trámite en línea y que fueron contestados por escrito en un período de tiempo no superior a los 20 días hábiles, transcurridos desde el día que se efectuó el reclamo en la institución.												
Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos contestados en el plazo de 20 días hábiles, registrados en trámite en línea en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de reclamos contestados en el mes, registrados en trámite en línea}} \times 100$												
Validación de Datos	:	Registros de Reclamos del Sistema Trámite en línea y REM A.19 b												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	100%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 70,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$70,0\% \leq X < 80,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$80,0\% \leq X < 90,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$90,0\% \leq X < 100,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X = 100,0\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X < 70,0\%$	1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	4	$X = 100,0\%$
		Puntuación	Cumplimiento											
		0	$X < 70,0\%$											
		1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$											
		2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$											
		3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$											
4	$X = 100,0\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 22: Indicador “Participación Ciudadana” (B.4.2)

Responsable	:	Dirección del Establecimiento
Descripción	:	Este indicador mide si existe participación ciudadana en la institución, a través del consejo consultivo de usuarios en la institución.

Frecuencia de Medición	:	Mensual																				
Tipo de Unidad	:	Indicador dicotómico / Acumulativo																				
Polaridad	:	La palabra Sí es bueno / Los valores altos son buenos																				
Fórmula	:	P1 = Participan miembros de la comunidad del consejo consultivo de usuarios en la cuenta pública Sí --- No (25%). P2 = Posee un programa de trabajo y un cronograma de actividades Sí --- No (25%). P3 = Σ N° de reuniones efectuadas por el consejo consultivo de usuarios en el establecimiento en el año (50%). Luego, la fórmula agregada es: P1 + P2 + P3																				
Validación de Datos	:	Actas firmadas por los participantes, resolución del programa y cronograma de actividades.																				
Línea Base	:	Sin línea base																				
Meta	:	100%																				
Puntuación	:	<table border="1"> <tr> <td>P1</td> <td>Puntuación</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P2</td> <td>Puntuación</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P3 (N° Reuniones)</td> <td>Puntuación</td> </tr> <tr> <td>1 – 2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </table>	P1	Puntuación	No	0	Si	1	P2	Puntuación	No	0	Si	1	P3 (N° Reuniones)	Puntuación	1 – 2	0	3	1	4	2
		P1	Puntuación																			
		No	0																			
		Si	1																			
		P2	Puntuación																			
		No	0																			
		Si	1																			
		P3 (N° Reuniones)	Puntuación																			
		1 – 2	0																			
		3	1																			
4	2																					

Fuente: Elaboración Propia

2. Estrategia de Gestión Clínica

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo: Equipos de gestión clínica conformados

**Tabla 1: Indicador “Programa de Trabajo de Equipo de Gestión Clínica”
(C.1.1)**

Responsable	:	Subdirector Médico del Establecimiento	
Descripción	:	Este indicador mide la existencia y el desarrollo de una metodología de trabajo por parte de los equipos de gestión clínica, tales que velen por la mejoría permanente de los procesos clínicos en la institución.	
Frecuencia de Medición	:	Mensual	
Tipo de Unidad	:	Porcentaje	
Polaridad	:	Los valores altos son buenos	
Fórmula	:	Número de actividades del programa realizadas en el mes / Total de actividades programadas para el mes x 100	
Validación de Datos	:	Resolución, programa de trabajo e informe de evaluación	
Línea Base	:	Sin línea base	
Meta	:	100%	
Puntuación	:	Puntuación	Cumplimiento
		0	$X < 70,0\%$
		1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
		2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
		3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$
		4	$X = 100,0\%$

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo: Generación de rutas y guías clínicas relevantes

Tabla 2: Indicador “Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos (C.2.1)”

Responsable	:	Subdirección Médica
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.

Frecuencia de Medición	:	Mensual												
Tipo de Unidad	:	Porcentaje												
Polaridad	:	Los valores altos son buenos												
Fórmula	:	Nº de pautas de cotejo de protocolos médicos que cumplen con un 100% de los aspectos evaluados en el mes / Nº total de pautas de cotejo de protocolos médicos aplicadas en el mes x 100												
Validación de Datos	:	Protocolos médicos implementados e informe de resultados de las pautas de cotejo aplicadas, emitido por la subdirección médica												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	≥ 80%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 65,0\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$65,0\% \leq X < 70,0\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$70,0\% \leq X < 75,0\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$75,0\% \leq X < 80,0\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 80\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	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	$X \geq 80\%$
		Puntuación	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	$X \geq 80\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Financiera

Objetivo: Control de la variabilidad de guías clínicas

Tabla 3: Indicador “Índice Funcional (C.3.1)”

Responsable	:	Subdirección Médica
Descripción	:	Este indicador refleja la eficiencia relativa de cada hospital respecto de la norma técnica. Evidencia las diferencias de tratamiento, luego de haber ajustado las diferencias en la casuística.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores bajos reflejan mayor eficiencia
Fórmula	:	$IF = EMAC / EM Norma$
Validación de Datos	:	GRD

Línea Base	:	Sin línea base													
Meta	:	≤ 1													
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X > 1,3$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$1,3 \geq X > 1,2$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$1,2 \geq X > 1,1$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$1,1 \geq X > 1$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \leq 1$</td> </tr> </tbody> </table>		Puntuación	Cumplimiento	0	$X > 1,3$	1	$1,3 \geq X > 1,2$	2	$1,2 \geq X > 1,1$	3	$1,1 \geq X > 1$	4	$X \leq 1$
		Puntuación	Cumplimiento												
		0	$X > 1,3$												
		1	$1,3 \geq X > 1,2$												
		2	$1,2 \geq X > 1,1$												
		3	$1,1 \geq X > 1$												
4	$X \leq 1$														

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4: Indicador “Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior” (C.3.2)

Responsable	:	Subdirección Médica y Jefes de Servicio
Descripción	:	Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía promedio superior, comparada con el conjunto de hospitales del país, lo que se refleja en el estándar de consumo de días para cada GRD, durante el período definido de acuerdo a la norma nacional IR-GRD v2.3 MINSAL 2010-2011v1.0.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores bajos son buenos
Fórmula	:	$\text{N}^\circ \text{ de egresos con estadías prolongadas en el mes en evaluación} / \text{Total de egresos codificados en el mes}$

		en evaluación x 100												
Validación de Datos	:	GRD												
Línea Base	:	Sin línea base												
Meta	:	≤ 6,5%												
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X > 8\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$8\% \geq X > 7,5\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$7,5\% \geq X > 7\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$7\% \geq X > 6,5\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \leq 6,5\%$</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	$X > 8\%$	1	$8\% \geq X > 7,5\%$	2	$7,5\% \geq X > 7\%$	3	$7\% \geq X > 6,5\%$	4	$X \leq 6,5\%$
		Puntuación	Cumplimiento											
		0	$X > 8\%$											
		1	$8\% \geq X > 7,5\%$											
		2	$7,5\% \geq X > 7\%$											
		3	$7\% \geq X > 6,5\%$											
4	$X \leq 6,5\%$													

Fuente: Elaboración Propia

Perspectiva: Usuarios

Objetivo: Articulación de la red asistencial

Tabla 5: Indicador “Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades” (C.4.1)

Responsable	:	Encargado Área Ambulatoria de Especialidades
Descripción	:	Este indicador mide la proporción de consultas médicas nuevas de especialidad realizadas en un período de tiempo, en relación al total de consultas médicas de especialidad efectuadas en el mismo período. Debe considerar todas las especialidades médicas que oferta el establecimiento.
Frecuencia de Medición	:	Mensual
Tipo de Unidad	:	Porcentaje
Polaridad	:	Los valores altos son buenos
Fórmula	:	Número de consultas médicas nuevas ambulatorias de especialidad realizadas en el mes de evaluación /

		Número total de consultas médicas ambulatorias de especialidad realizadas en el mismo mes de evaluación x 100																				
Validación de Datos	:	REM 07 sección A																				
Línea Base	:	Acumulada a diciembre del año anterior																				
Meta	:	$\geq 10\%$ sobre línea base ó $\geq 30\%$																				
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Aumento sobre línea base</th> <th>Porcentaje meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>$X < 2,5\%$</td> <td>$X < 27\%$</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>$2,5\% \leq X < 5,0\%$</td> <td>$27\% \leq X < 28\%$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>$5,0\% \leq X < 7,5\%$</td> <td>$28\% \leq X < 29\%$</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$7,5\% \leq X < 10,0\%$</td> <td>$29\% \leq X < 30\%$</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>$X \geq 10,0\%$ (Línea Base)</td> <td>$X \geq 30,0\%$ (Fórmula)</td> </tr> </tbody> </table>			Puntuación	Aumento sobre línea base	Porcentaje meta	0	$X < 2,5\%$	$X < 27\%$	1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$27\% \leq X < 28\%$	2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$28\% \leq X < 29\%$	3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$29\% \leq X < 30\%$	4	$X \geq 10,0\%$ (Línea Base)	$X \geq 30,0\%$ (Fórmula)
		Puntuación	Aumento sobre línea base	Porcentaje meta																		
		0	$X < 2,5\%$	$X < 27\%$																		
		1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$27\% \leq X < 28\%$																		
		2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$28\% \leq X < 29\%$																		
		3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$29\% \leq X < 30\%$																		
4	$X \geq 10,0\%$ (Línea Base)	$X \geq 30,0\%$ (Fórmula)																				

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 6: Indicador “Porcentaje de Medición de Pertinencia en Especialidades Trazadoras” (C.4.2)

Responsable	:	Encargado Área Ambulatoria de Especialidades
Descripción	:	Este indicador mide la implementación de un sistema para calificar la pertinencia en la referencia a especialidad, desde la atención primaria, en tres especialidades definidas en conjunto con cada servicio de salud. La selección de las especialidades, se debe realizar según los siguientes criterios (1) Volumen de personas (de mayor a menor) y (2) Existencia de protocolos.

Frecuencia de Medición	:	Mensual						
Tipo de Unidad	:	Porcentaje						
Polaridad	:	Los valores altos son buenos						
Fórmula	:	Número de especialidades con medición de pertinencia en la referencia desde la APS en el mes / N° total de especialidades comprometidas en el mes x 100.						
Validación de Datos	:	REM 07 sección A.1, actas de CIRA						
Línea Base	:	Sin línea base						
Meta	:	100% de lo comprometido en COMGES para el año vigente						
Puntuación	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>X < 100,0%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>X = 100,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Cumplimiento	0	X < 100,0%	4	X = 100,0%
Puntuación	Cumplimiento							
0	X < 100,0%							
4	X = 100,0%							

Fuente: Elaboración Propia

Descripción de Variables:

1. Indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Mejora del Clima Laboral

1.2 Actividades de plan de clima laboral: El clima laboral se refiere al ambiente que se crea y se vive en las organizaciones laborales y como estas variables pueden afectar el desempeño de los trabajadores. El diagnóstico de clima laboral podría tener una validez de hasta cinco años. Sin embargo, la dirección debería atender en forma dinámica los problemas contingentes relacionados al clima laboral y con ello, actualizar las áreas con dificultades. Después de que se efectúa la medición del clima y se realiza el análisis de los resultados obtenidos, el paso siguiente será efectuar un plan que apunte a corregir, mejorar y mantener

resultados positivos en el ambiente laboral. Dicho plan, deberá ser informado al SS correspondiente, además de elaborar una carta Gantt que incorpore las actividades del plan.

2. Indicador: Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas

2.1 Licencias médicas curativas: Para efectos de este indicador, se debe considerar solo las licencias tipo 1 (enfermedad o accidente común) y tipo 2 (medicina preventiva).

3. Indicador: Porcentaje de Funcionarios Capacitados que Ejercen Funciones de Jefatura

3.1 Personas con funciones de jefatura capacitadas según criterios definidos: Las capacitaciones deben tener por lo menos 20 horas de duración, un mecanismo de evaluación con nota y su respectiva certificación. Ejemplos de cursos son: Administración, liderazgo, gestión de recursos humanos, planificación estratégica, Balanced Scorecard, finanzas, evaluación de proyectos, control de gestión, sistemas de información, gestión de calidad, etc. Las personas a considerar, son todas aquellas que están definidas por resolución para ejercer la función de jefatura o subrogancia. Dichas jefaturas, deben estar explicitadas en el organigrama del establecimiento, hasta el nivel de jefatura de centros de costos (dirección, subdirecciones, jefes de unidades asesoras, jefes de centros de responsabilidad y/o unidades funcionales y jefes de centros de costos). La capacitación requerida para las personas mencionadas en este indicador, solo se hará exigible para aquellos funcionarios que tengan una antigüedad igual o superior a 6 meses. Se exigirá que cada jefatura tenga un subrogante definido formalmente.

4. Indicador: Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años

4.1 Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): 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. Además se considerarán también aquellas circunstancias en que el paciente pernocte en el establecimiento por un periodo de tiempo inferior a 12 horas y que sea realizada en sala de recuperación, no en cama hospitalaria. Se excluyen además, cirugías odontológicas y de urgencia.

5. Indicador: Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria

5.1 Pacientes categorizados: Comprende la clasificación de pacientes al ingreso de la unidad de emergencia hospitalaria, priorizando la atención médica y cuidados de enfermería disponibles. Las acciones de categorización deben efectuarse:

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.

6. Indicador: Categorización de Pacientes en Niveles de Riesgo Dependencia

6.1 Días camas categorizados: Esta categorización debe:

- 1.- Usar el instrumento definido para esta actividad "CUDYR" y se debe aplicar a todos los pacientes que ocupen una cama hospitalaria, incluyendo camas obstétricas. Se excluyen camas de unidades de psiquiatría y pensionado.

- 2.- Realizarse a los pacientes que a lo menos tienen 8 horas de hospitalización.
 - 3.- Ser realizado por profesional de enfermería u obstetricia.
 - 4.-Ser efectuada en un horario diario definido por cada establecimiento, el que debería permanecer invariable de lunes a domingo. Para efectos de este indicador, se solicita registrar esta actividad sólo una vez, independiente de las planificadas por el profesional.
 - 5.- Incluir a los pacientes que se encuentren deambulando dentro de la unidad o servicio clínico, exceptuando a aquellos pacientes que se encuentren fuera de la unidad, debido a interconsultas o procedimientos.
 - 6.- Aplicar de lunes a domingo en unidades de pacientes críticos y de lunes a viernes en unidades camas básicas (las camas agudas se consideran básicas según DEIS).
- Si el establecimiento cuenta con los recursos para categorizar las camas básicas de lunes a domingo (situación ideal), deberá utilizar la formula correspondiente.

7. Indicador: Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH.

7.1 Pacientes provenientes de la UEH que se hospitalizan antes de 12 horas en el mes: Comprende todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización. 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.

8. Indicador: Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno

8.1 Receta despachada de manera total y oportuna: 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. 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 orden de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o del Instituto de Salud Pública. Dicha medida, no considera las rupturas de Cenabast.

9. Indicador: Porcentaje de Implementación Dosis Diaria

9.1 Camas con dosis diaria: Camas con sistema de entrega de medicamentos en dosis diaria incorporado. La medición expresará en porcentaje la capacidad instalada de despachar medicamentos en “X números” de cama, en forma diaria y por paciente. Se incluyen todas las camas en la institución.

10. Indicador: Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico

10.1 Medicamentos que pertenecen al arsenal farmacológico: Medicamentos utilizados en el mes de evaluación que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento.

11. Indicador: Gestión del Presupuesto del Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos

11.1 Ejecución presupuestaria mensual asociada a mantenimiento preventivo de equipos médicos: Comprende el mantenimiento que apunta a conservar y 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 capacidad y calidad especificada.

12. Indicador: Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (DM)

12.1 Dispositivos médicos: Se entenderá por dispositivos médicos, aquellos definidos en el Decreto Supremo 825 del año 1998: “Cualquier instrumento, aparato, aplicación, material o artículo, incluyendo software, usados solos o en

combinación y definidos por el fabricante para ser usados directamente en seres humanos, siempre que su acción principal prevista en el cuerpo humano no se alcance por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, aunque puedan concurrir tales medios a su función; con el propósito de diagnóstico, prevención, seguimiento, tratamiento o alivio de una enfermedad, daño o discapacidad; de investigación o de reemplazo o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico, o de regulación de la concepción.” Fundamentalmente se deben evitar las rupturas (quiebres de stock) y establecer los productos clínicos con mayor rotación dentro del establecimiento.

13. Indicador: Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

13.1 Intervenciones quirúrgicas trazadoras suspendidas: Suspensión de un acto quirúrgico programado. 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. Incluye solo las especialidades quirúrgicas trazadoras definidas para COMGES. El horario de medición es el institucional y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica.

14. Indicador: Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos

14.1 Cirugía electiva: Se entiende por cirugía electiva cuando el paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado. Incluye solo las especialidades quirúrgicas trazadoras definidas para COMGES y se excluyen de la medición los pacientes ingresados para una cirugía vía urgencia, pacientes que se encuentran hospitalizados por otra causa y reintervenciones quirúrgicas.

15. Indicador: Rendimiento de las Horas Contratadas de los Profesionales Funcionarios

15.1 Producción valorizada total: Se entiende por ello a la suma del monto facturado por concepto de atención institucional en el mes y los ingresos de operación en el mismo periodo.

16. Indicador: Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3

16.1 Nivel de riesgo dependencia D2-D3 según CUDYR (Categorización de pacientes): D2, bajo riesgo y dependencia parcial; D3, bajo riesgo y autonomía parcial. No considera las camas de obstetricia (puerperio y alto riesgo), psiquiatría y pensionado.

17. Indicador: Índice Ocupacional

17.1 Días cama ocupados en el mes: Todas las camas de especialidad médico quirúrgica, solo pacientes adultos y se excluyen tanto las camas obstétricas como de pensionado.

18. Indicador: Índice de Sustitución

18.1 Días cama disponibles: Todas las camas de especialidad médico quirúrgica, solo pacientes adultos y se excluyen tanto las camas obstétricas como de pensionado.

19. Indicador: Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos

19.1 Horas pabellones electivos: Tiempo en que se utilizan los recursos para proporcionar al usuario acciones anestésicas, diagnósticas y terapéuticas de tipo

quirúrgicas. El número de horas disponibles se debe calcular respecto del número de pabellones electivos en trabajo, no a la dotación de pabellones. Se deben considerar las horas ocupadas en la intervención quirúrgica, más las horas de preparación (limpieza, desinfección). No incluye pabellones de urgencia general, ni de urgencia obstétrica.

20. Indicador: Gasto en Horas Extraordinarias

20.1 Horas extraordinarias: Gasto en horas extraordinarias otorgado a profesionales o técnicos, independientemente del tipo de contrato o modalidad de trabajo que le corresponda cumplir.

21. Indicador: Porcentaje de Reclamos Contestados Oportunamente

21.1 Reclamos contestados: Esta respuesta no se refiere a un acuso de recibo, sino a dar respuesta efectiva a lo solicitado por el usuario, salvo en aquellos casos que intervienen otros procesos que hacen más lenta una respuesta definitiva, como un sumario u otras circunstancias, las cuales deben ser registradas en la bitácora del sistema Trámite en Línea e informado al usuario. Todos los reclamos deben ser ingresados en la plataforma trámite en línea. Este sistema, alimentará la información del REM respectivo, por lo tanto, deben ser coincidentes.

22. Indicador: Participación Ciudadana

22.1 Participación ciudadana: Participación de la gente en el consejo consultivo, con la finalidad de recoger las opiniones, expectativas y sugerencias de estos. Para ello se deben generar instancias formales de participación.

23. Indicador: Programa de Trabajo de Equipo de Gestión Clínica

23.1 Actividades del Programa: Desarrollo de una metodología de trabajo que vele por la mejora permanente de los procesos clínicos en el establecimiento.

1.- Dichos programas deben contener: Formalización del equipo de gestión clínica a través de una resolución.

2.- Contar con un programa anual de trabajo formalizado, que considere una carta Gantt, con no menos de 10 actividades definidas para el periodo.

3.- Contar con una evaluación anual del plan de trabajo.

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

24.1 Pautas de cotejo de protocolos médicos: 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. 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). Para considerar la pauta de cotejo aprobada, debe cumplir con todos los aspectos evaluados.

25. Indicador: Índice Funcional

25.1 Estadía Media Casuística (EMAC): Estadía promedio de los pacientes ajustada por la categorización de los mismos.

25.2 Estancia Media de la norma (EM Norma)

26. Indicador: Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior

26.1 Egresos con estadías prolongadas en el mes de evaluación: Considera el consumo de días de estadía de aquellos pacientes que estuvieron un promedio superior al conjunto de hospitales del país.

27. Indicador: Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades

27.1 Consultas médicas nuevas de especialidad: Primera atención generada por un episodio de enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas.

28. Indicador: Porcentaje de Medición de Pertinencia en Especialidades Trazadoras

28.1 Pertinencia en la referencia desde las APS (Atención Primaria de la Salud): Se entenderá por pertinencia: “Derivación que cumple con los protocolos de referencia que resguardan el nivel de atención bajo el cual el paciente debe resolver su problema de salud, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en nivel de atención al que se deriva y considerando los plazos en que debe otorgarse la prestación”. De acuerdo a lo anterior, la pertinencia se evaluará en dos ámbitos:

1.- Derivación de acuerdo a protocolos, esto quiere decir, si la derivación corresponde ser resuelta en nivel de especialidad.

2.- Oportunidad en la referencia desde APS, de acuerdo a protocolos.

Para realizar la medición, los establecimientos deben usar la hoja de atención médica que en conjunto con el DEIS se elaboró para dichos efectos. También podrán optar por utilizar la hoja de estadística actual, siempre y cuando se agreguen los campos de registro de pertinencia que se indican en la hoja de estadística validada. Este indicador tiene como requisito que los resultados de la medición de pertinencia se analicen en el CIRA al menos cada tres meses. Dicho análisis, debe quedar en acta.

Anexo N°2: Encuesta de satisfacción usuaria

Gracias por contestar esta encuesta. No tardará más de cinco minutos en completarla y nos será de gran ayuda para mejorar nuestros servicios. Los datos que en ella se consignent se tratarán de forma anónima.

Servicio o Unidad _____ Fecha de la encuesta _____

Tipo de usuario: Paciente _____ Acompañante _____

Califique con nota de 1 a 5 su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

5 = Muy Bueno

2 = Malo

4 = Bueno

1 = Muy Malo

3 = Regular

1	El trato recibido por parte del personal administrativo y de apoyo que lo atendió, ¿Cómo lo calificaría?	
2	El trato recibido por parte del personal de enfermería y otros profesionales que lo atendieron, ¿Cómo lo calificaría?	
3	El trato recibido por parte del médico, ¿Cómo lo calificaría?	
4	La atención recibida en el hospital, respondió a lo esperado por usted para solucionar su problema de salud. En este sentido, ¿Cómo la calificaría?	
5	En relación a los conocimientos y habilidades del personal que lo atendió, ¿Cómo los calificaría?	
6	La información que entregó el hospital, a usted y a su familia, sobre su enfermedad y otros aspectos generales relacionados a la atención, ¿Cómo la	

	calificaría?	
7	El grado en que el Hospital se preocupa por mejorar la calidad de atención a los pacientes, ¿Cómo lo calificaría?	

Finalmente, agradecemos a usted sus comentarios y sugerencias:

MUCHAS GRACIAS

Anexo N°3: Cantidad de establecimientos con sistemas de información en uso.

MES	SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - RNLE		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SIGGES		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SIGGES VIH		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SUR VIH	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ENERO	0	49	0	57	0	36	0	44
FEBRERO	0	50	0	57	0	36	0	44
MARZO	0	50	0	57	0	36	0	44
ABRIL	0	50	0	57	0	36	0	44
MAYO	0	50	0	57	0	35	0	45
JUNIO	0	50	0	57	0	35	0	46
JULIO	0	50	0	57	0	35	0	46
AGOSTO	0	50	0	57	0	35	0	46
MES	SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - TRAMITE EN LINEA		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SICARS		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SISTEMA DE INFORMACION DE REGISTRO DE TRANSPLANTE		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SISTEMA INFORMÁTICO PARA SERVICIOS DE SANGRE	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ENERO	0	57	0	53	0	17	0	24
FEBRERO	0	57	0	53	0	18	0	24
MARZO	0	57	0	53	0	18	0	25

ABRIL	0	57	0	53	0	18	0	25
MAYO	0	57	0	53	0	18	0	25
JUNIO	0	57	0	53	0	18	0	25
JULIO	0	57	0	53	0	18	0	25
AGOSTO	0	57	0	53	0	18	0	25
MES	SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SIRH		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SIGFE		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SIDRA		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - GRD	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ENERO	0	57	0	56	7	43	0	50
FEBRERO	0	57	0	56	7	43	0	50
MARZO	0	57	0	57	7	43	0	50
ABRIL	0	57	0	57	7	43	0	50
MAYO	0	57	0	57	8	42	0	50
JUNIO	0	57	0	57	8	42	0	50
JULIO	0	57	0	57	8	42	0	50
AGOSTO	0	57	0	55	8	42	0	49
MES	SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - WinSIG		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - SIS-Q		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - PORTAL CHILE COMPRA		SISTEMA DE INFORMACIÓN EN USO Y OPERACION - UGCC	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ENERO	0	57	0	57	0	56	0	51
FEBRERO	0	57	0	57	0	57	0	51
MARZO	0	57	0	57	0	57	0	51
ABRIL	0	57	0	57	0	57	1	51
MAYO	0	57	0	57	0	57	0	51
JUNIO	0	57	0	57	0	57	0	51
JULIO	0	57	0	57	0	57	0	51
AGOSTO	0	57	1	55	0	57	0	51

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°4: Tabla egresos codificados GRD/ egresos del establecimiento en mes de evaluación.

MES	NÚMERO DE EGRESOS CODIFICADOS GRD EN EL MES EN EVALUACIÓN	NÚMERO DE EGRESOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL MES EN EVALUACIÓN
------------	--	--

	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	1196,46	1274,60
FEBRERO	1085,28	1149,98
MARZO	1250,08	1312,38
ABRIL	1283,34	1360,20
MAYO	1305,76	1370,26
JUNIO	1256,12	1319,74
JULIO	1315,78	1393,38
AGOSTO	1328,24	1413,66

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°5: Tabla compras efectuadas a través de mercado público y CENABAST.

MES	MONTO DEVENGADO SUBT. 22 Y 29 DE FACTURAS DE COMPRAS REALIZADAS A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA MERCADO PÚBLICO Y CENABAST	MONTO TOTAL DEVENGADO EN LOS SUBTÍTULOS 22 Y 29 - MONTO DEVENGADO DE SUBT. 22 Y 29 DE COMPRAS REALIZADAS BAJO LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 53 DEL DECRETO 250
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	\$ 711.987.598,48	\$ 724.283.192,07
FEBRERO	\$ 719.834.540,79	\$ 729.386.266,44
MARZO	\$ 710.072.548,86	\$ 722.675.818,88
ABRIL	\$ 840.145.686,81	\$ 859.586.893,09
MAYO	\$ 929.338.405,37	\$ 935.134.639,75
JUNIO	\$ 873.825.082,64	\$ 888.390.074,77
JULIO	\$ 915.953.934,39	\$ 933.607.397,98
AGOSTO	\$ 979.412.358,46	\$ 993.405.458,20

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°6: Tabla monto deuda total en el periodo n.

MES	MONTO DEUDA TOTAL EN EL PERÍODO N
-----	-----------------------------------

	PROMEDIO
ENERO	\$ 437.049.196,35
FEBRERO	\$ 652.559.406,11
MARZO	\$ 768.049.339,80
ABRIL	\$ 858.553.598,18
MAYO	\$ 1.026.341.743,91
JUNIO	\$ 1.113.894.248,21
JULIO	\$ 1.111.452.620,55
AGOSTO	\$ 871.270.524,46

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°7: Tabla prestaciones costeadas/ otorgadas en el mes.

MES	NÚMERO DE PRESTACIONES PPV COSTEADAS EN EL MES	NÚMERO DE PRESTACIONES PPV OTORGADAS EN EL MES
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	6	6
FEBRERO	5	5
MARZO	5	5
ABRIL	5	5
MAYO	5	5
JUNIO	5	5
JULIO	5	5
AGOSTO	5	5

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°8: Tabla gastos totales devengados/ ingresos totales devengados en el mes.

MES	GASTOS TOTALES DEVENGADOS EN EL MES	INGRESOS TOTALES DEVENGADOS EN EL MES
	PROMEDIO	PROMEDIO

ENERO	\$ 2.532.455.791,46	\$ 2.292.416.618,49
FEBRERO	\$ 2.133.563.245,23	\$ 1.920.178.354,30
MARZO	\$ 2.486.670.716,00	\$ 2.272.942.763,72
ABRIL	\$ 2.169.429.155,62	\$ 2.136.391.086,32
MAYO	\$ 2.350.005.798,96	\$ 2.175.624.266,23
JUNIO	\$ 2.615.039.442,95	\$ 2.651.978.191,00
JULIO	\$ 2.245.024.985,77	\$ 2.262.620.859,39
AGOSTO	\$ 2.308.064.330,05	\$ 2.606.062.843,81

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°9: Tabla Monto de facturas pagadas dentro de 60 días/ monto total de facturas pagadas en el mes.

MES	MONTO CORRESPONDIENTE A FACTURAS PAGADAS EN EL MES DENTRO DE 60 DÍAS	MONTO CORRESPONDIENTE AL TOTAL DE FACTURAS PAGADAS EN IDÉNTICO MES
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	\$ 357.230.223,32	\$ 567.581.965,79
FEBRERO	\$ 389.363.901,82	\$ 549.669.657,44
MARZO	\$ 336.256.246,96	\$ 557.922.819,93
ABRIL	\$ 375.225.668,30	\$ 785.725.068,46
MAYO	\$ 418.688.682,70	\$ 751.143.358,81
JUNIO	\$ 439.662.011,40	\$ 834.861.224,26
JULIO	\$ 440.391.068,84	\$ 887.569.164,88
AGOSTO	\$ 554.484.023,11	\$ 1.215.663.118,05

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°10: Tabla recaudaciones de ingresos propios en el mes.

MES	RECAUDACIÓN DE INGRESOS PROPIOS EN EL MES DE EVALUACIÓN
	PROMEDIO
ENERO	\$ 124.704.374,07

FEBRERO	\$	131.105.341,02
MARZO	\$	131.304.022,35
ABRIL	\$	146.643.722,09
MAYO	\$	145.836.733,77
JUNIO	\$	142.625.929,53
JULIO	\$	142.401.652,49
AGOSTO	\$	153.501.716,72

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°11: Tabla número de egresos de la lista de espera de consulta de nueva especialidad con más de 120 días al cierre de cada mes

MES	NÚMERO DE EGRESOS DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD CON MÁS DE 120 DÍAS DE ESPERA AL CIERRE DE CADA MES
	PROMEDIO
ENERO	575
FEBRERO	433
MARZO	617
ABRIL	701
MAYO	670
JUNIO	715
JULIO	815
AGOSTO	767

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°12: Tabla egresos mensuales de la lista de espera quirúrgica.

MES	NÚMERO DE EGRESOS MENSUALES DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA
	PROMEDIO

ENERO	98
FEBRERO	61
MARZO	88
ABRIL	142
MAYO	143
JUNIO	49
JULIO	39
AGOSTO	48

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°13: Tabla existe la unidad de calidad y seguridad del paciente.

MES	EXISTE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	NO	SI
	Recuento	Recuento
ENERO	0	56
FEBRERO	0	57
MARZO	0	57
ABRIL	0	57
MAYO	0	57
JUNIO	0	57
JULIO	0	57
AGOSTO	0	57

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°14: Tabla número de auditorías realizadas/ programadas en el establecimiento.

MES	Nº DE AUDITORÍAS REALIZADAS EN EL ESTABLECIMIENTO EN EL MES	Nº DE AUDITORÍAS PROGRAMADAS EN EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DEL ESTABLECIMIENTO EN EL MES
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	2,3	2,1
FEBRERO	1,3	1,1
MARZO	2,1	2,1
ABRIL	3,2	3,2
MAYO	2,3	2,3
JUNIO	2,3	2,1
JULIO	3,6	3,5
AGOSTO	2,3	2,2

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°15: Tabla planes de mejora implementados/vencidos en el establecimiento en el mes.

MES	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
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	,31	,59
FEBRERO	,37	,30
MARZO	,39	,57
ABRIL	,69	,96
MAYO	,70	,70
JUNIO	,91	1,05
JULIO	1,51	1,46
AGOSTO	,61	1,04

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°16: Tabla reintervenciones quirúrgicas no planificadas.

MES	NÚMERO DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADOS EN EL MES	NÚMERO TOTAL DE PACIENTES OPERADOS EN EL MES
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	6,79	584,72
FEBRERO	5,15	480,69
MARZO	5,72	586,02
ABRIL	5,98	646,96
MAYO	5,94	624,58
JUNIO	5,79	595,94
JULIO	6,19	601,10
AGOSTO	25,60	583,31

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°17 : Tabla pacientes con úlceras o lesiones por presión.

MES	Nº DE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ORIGINADAS A PARTIR DE LAS 24 HORAS DE INGRESO DOCUMENTADO A HOSPITALIZACIÓN EN EL MES	Nº DE DÍAS CAMA OCUPADOS EN EL MES
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	6,09	6817,25
FEBRERO	5,53	6033,65
MARZO	5,12	6711,25
ABRIL	5,11	6708,19
MAYO	5,18	6982,37
JUNIO	4,53	6869,89
JULIO	5,30	6957,32
AGOSTO	5,02	7324,66

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°18 : Tabla brotes IAAS que cuentan con informe final.

MES	NÚMERO DE BROTES DE IAAS TERMINADOS EN EL MES, QUE CUENTAN CON INFORME FINAL	TOTAL DE BROTES DE IAAS TERMINADOS EN EL MES
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	,11	,11
FEBRERO	,09	,09
MARZO	,14	,14
ABRIL	,04	,04
MAYO	,11	,11
JUNIO	,19	,19
JULIO	,18	,18
AGOSTO	,19	,19

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°19 : Tabla medidas para certificar como hospital amigo.

MES	Nº DE MEDIDAS DE HOSPITAL AMIGO IMPLEMENTADAS Y FUNCIONANDO
	PROMEDIO
ENERO	9,18
FEBRERO	9,18
MARZO	9,14
ABRIL	9,12
MAYO	9,12
JUNIO	9,11
JULIO	9,12
AGOSTO	9,14

Fuente: Elaboración Propia

Anexo N°20 : Tabla satisfacción usuaria en urgencia y policlínicos.

MES	SUMATORIA PUNTAJE OBTENIDO EN LA	SUMATORIA PUNTAJE TOTAL DE LA ENCUESTA
-----	--	--

	ENCUESTA	
	PROMEDIO	PROMEDIO
ENERO	4028,13	4947,56
FEBRERO	4277,84	5121,25
MARZO	4483,87	5208,79
ABRIL	4844,89	5723,75
MAYO	5163,40	6107,51
JUNIO	4935,29	5916,65
JULIO	5771,06	6797,46
AGOSTO	5371,97	6332,98

Fuente: Elaboración Propia