



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
Facultad de ciencias empresariales
Departamento de Auditoría e Informática

***“Construcción de Indicadores de Gestión para el Nivel
Directivo y Sub-Directivo del Hospital Clínico Herminda
Martín, Chillán”.***

Seminario para optar al Título de:
Ingeniero de Ejecución en Administración de
Empresas.

Profesor Guía: Dr. Alex Medina G.
Integrantes: Dayan Bustos E.
Daniela Orellana M.
Guido Retamal G.

Chillán, 2006

AGRADECIMIENTOS

*Este logro se lo dedico a **Dios** por darme la suerte de tener junto a mí a personas muy valiosas y entregarme fortaleza para continuar en casos difíciles; a **Miguelito**, mi hijo, ya que con su llegada le dió un rumbo definitivo a mi vida, en un momento muy difícil; a mi **Mamá**, por que sola supo sacarme adelante, sin importar las barreras que existieran en el camino, entregándome todo lo que necesité en mi vida, por su valorada entrega de cariño, comprensión y su incondicional ayuda en mi desarrollo personal; a **Miguel**, mi novio y papá de mi hijo, por su amor y constante apoyo en el logro de mis metas; a mi **Familia** que supe contar con ellos en todo momento y la entrega de un apoyo absoluto en este largo camino; a mis **amigas (os)**, que me apoyaron en todo lo académico, sobre todo cuando nació mi hijo y a todas las personas que de alguna manera contribuyeron en el cumplimiento de esta meta .*

Dayan Bustos Espinoza

Agradezco a Dios por haberme puesto en este camino, que aun con muchos obstáculos he logra llevar, le doy infinitas gracias por las personas que ha puesto a mi lado y que han servido de apoyo en este caminar. A mi familia, el pilar fundamental en mi desarrollo personal, sin ellos nada de esto sería posible. A mis amigos, aquellos que estuvieron en las buenas y en las malas, y que tuvieron que soportar mis cambios de ánimo.

Daniela Orellana Maturana

En primer lugar quiero agradecer a Dios, por darme salud y fuerza para poder llevar a cabo esta etapa de mi vida. También al amparo incondicional de mi familia, mis padres, mis abuelos y familiares cercanos. A mis amigos por su amistad y ayuda. Un sincero agradecimiento a los docentes de la facultad de ciencias empresariales por todo el tiempo que me han dado, por sus sugerencias, ideas, respaldo y amistad.

Guido Retamal González

Agradecimientos especiales:

Al Profesor Alex Medina, que aun con las dificultades de tiempo supo guiarnos, ayudarnos y que sin su apoyo no hubiésemos podido a llegar al final.

Al Señor Luis San Martín, que nos entregó toda su confianza y apoyo para el desarrollo de este seminario.

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo.....	06
Introducción.....	08
CAPÍTULO I: Presentación del Tema	
1.1. Resumen del proyecto de Seminario Taller de Negocio.....	10
1.2. Investigación propuesta.....	11
1.2.1 Objetivo General.....	11
1.2.2 Objetivo Específico.....	11
1.3. Discusión Bibliográfica.....	12
1.4. Metodología de trabajo.....	15
1.5. Plan de trabajo.....	16
1.6. Requerimientos.....	17
CAPÍTULO II: Marco Teórico	
2.1. Dirección estratégica.....	19
2.1.1. Planificación.....	20
2.1.1.1 Elementos de la planificación.....	20
2.1.1.1.1 Objetivos.....	20
2.1.1.1.2. Planificación estratégica.....	21
2.1.1.1.2.1. Procesos de la planificación estratégica.....	21
2.1.1.1.2.2. Elementos de la planificación estratégica.....	22
2.1.1.1.3. Planificación Operativa.....	24
2.1.2. Organización.....	24
2.1.2.1. Elementos de la Organización.....	25
2.1.2.2 Principios de la Organización.....	25
2.1.3. Dirección.....	26
2.1.4. Control.....	27
2.1.4.1. Control de Gestión.....	28
2.1.4.2. Sistemas de Control de Gestión.....	29
2.1.4.2.1. Características del Sistemas de control de gestión.....	29

2.1.4.3. Herramientas del Control	30
2.1.4.3.1. Presupuesto	30
2.1.4.3.2 Contabilidad	30
2.1.4.3.3. Análisis Financiero	31
2.1.4.3.4. Balance Periódico	31
2.1.4.3.5. Análisis Comparativo	31
2.1.4.3.6. Cuadro de Mando	31
2.1.4.3.6.1. Perspectiva del cuadro de mando integral	33
2.1.4.3.6.2. Relación causa-efecto	36
2.1.4.3.6.3. Diseño de un cuadro de mando directivo	37
2.1.4.3.6.4. Tipos de Cuadro de Mando	39
2.1.4.3.6.5. Cuadro de Mando en el Sector Público	43

CAPÍTULO III: Descripción y Análisis Interno del Hospital Clínico Herminda

Martín

3.1. La Reforma de salud en Chile	48
3.2. Descripción de Hospital Clínico Herminda Martín	52
3.2.1. Análisis FODA	54
3.2.2. Planificación Estratégica	55
3.2.2.1. Visión	55
3.2.2.2. Misión	55
3.2.2.3. Valores	56
3.2.2.4. Objetivos Estratégicos	56
3.2.2.5. Estrategias	57

CAPÍTULO IV: Creación de Indicadores de Gestión.

4.1. Cuadro de Mando Directivo del Hospital Clínico Herminda Martín	68
4.2 Creación de indicadores de gestión	70
4.2.1. Indicadores críticos	70
4.2.1.1. Planilla para cada indicador	72
4.2.1.2. Cascada para el indicador	74

4.3. Perspectivas	76
4.3.1. Perspectiva Presupuestaria	76
4.3.2. Perspectiva Proceso Clínico	95
4.3.3. Perspectiva Proceso Administrativo	104
4.3.4. Perspectiva Usuario	131
Conclusión	134
Bibliografía.....	136

ANEXOS

Anexo N° 1 Glosario.....	142
Anexo N° 2 Actividades	143
Anexo N° 3 Organigrama	144
Anexo N° 4 Organigrama del Hospital, Propuesto	150

RESUMEN EJECUTIVO

Hoy en día, el entorno empresarial se encuentra en constantes cambios y presenta diversos desafíos que lo hacen altamente competitivo, por lo cual deben enfocar sus esfuerzos y recursos tanto humanos, de tiempo y financieros, para lograr alcanzar sus objetivos estratégicos, por ello las empresas deben saber definir su posicionamiento y ser capaces de determinar su ventaja competitiva en un mercado donde los clientes son cada vez más exigentes, la competencia es cada vez más fuerte y la permanencia se determina en la capacidad de poder aclimatarse a dichos cambios tanto en el aspecto político, social y económico. A su vez, las empresas, son cada vez más intensivas en tecnología, contrariamente a ello, no disponen de una herramienta que sea capaz o que les permita alcanzar los objetivos previstos, ya sea por no tener una estrategia planteada a nivel formal o por no disponer de un sistema de medición que les permita conocer si están cumpliendo con los objetivos planteados, es por esto que los directivos deben aprender a utilizar y adaptarse a las últimas herramientas, metodologías y conceptos los cuales les permitirán alcanzar sus metas propuestas.

La adopción de herramientas para la planificación y el control permiten ir mejorando la ruta evolutiva de las instituciones, puesto que el objetivo de cualquier sistema de medición debe ser motivar a los directores y empleados para que pongan en práctica con éxito sus estrategias logrando comunicarlas y desarrollarlas.

Las instituciones de salud pública, históricamente se caracterizan por ser entidades cuya finalidad es la prestación de un servicio lo más adecuado posible, lateralmente a ello la administración pública no puede seguir con su lógica tradicional en cuanto a su funcionalidad de procedimientos bastantes defectuosos y erróneos, lo cual debiera transformarse en una gestión más eficiente y eficaz que permita un crecimiento de la entidad, garantizando la equidad social al reducir las desigualdades en la atención a sus clientes.

En la actualidad se esta dando una modificación en los controles de gestión para entidades públicas, a través de metodologías aplicadas ya en la administración privada, sumado a una cadena de reformas de modernización, todo esto en respuesta a la necesidad de enfocar esfuerzos a una mejor atención a los usuarios, para lo cual es necesario que quienes ahí trabajan tengan claro los objetivos organizacionales y las estrategias a seguir, como también quienes están a cargo de dichos objetivos con la finalidad de detectar algún tipo de desviación para poder corregirla en forma oportuna. El control de gestión, a través de un cuadro de mando directivo, es una herramienta que permite llevar un control constante además de un apoyo permanente en las gestiones a fin de lograr los objetivos deseados.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se busca que la gestión pública sea más eficiente y eficaz, permitiendo con ello un crecimiento que garantice la equidad social y reduzca las desigualdades al mejorar la calidad de vida de la comunidad. Este cambio en los procesos de gestión buscan destacar la importancia del control dando un mayor énfasis a los resultados, además de la búsqueda de la eficacia, la efectividad y la satisfacción del usuario.

En este informe se llevará a cabo la creación de indicadores de gestión para el Hospital Clínico Herminda Martín, (HCHM) con el fin de facilitar el control de la gestión de los Directivos de la institución.

Estos indicadores fueron desarrollados sobre la base de las actividades que realizan el Director y los Sub-Directores del establecimiento, para lo que se debió realizar constantes revisiones a las actividades, logrando dejar sólo aquellas de carácter crítico. Dicha selección fue realizada en conjunto con la plana mayor del hospital, en reuniones realizadas en diversas oportunidades. El objetivo de esta investigación es que sirva de apoyo a la institución como base para la implementación de los indicadores al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DEL TEMA

1.1. RESUMEN DEL PROYECTO DE SEMINARIO TALLER DE NEGOCIOS

Las instituciones públicas están al servicio de la comunidad y tienen por finalidad satisfacer las necesidades de las personas de manera regular y continua, por ello es necesaria una gestión más eficiente y eficaz que garantice la equidad social y reduzca las desigualdades al mejorar la calidad de atención de sus usuarios. El control de procedimientos y un mayor énfasis en los resultados es, en la práctica, hacia donde el área gerencial o directiva debiese enfocar sus esfuerzos, buscando eficacia, efectividad y satisfacción del cliente, a través de indicadores de desempeño explícitos y la separación entre aquellos que diseñan las políticas públicas y quienes las ejecutan.

Por todo lo anterior se plantea la Construcción de Indicadores de Gestión para el Nivel Directivo y Sub-Directivo del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

El cuadro de mando directivo es una herramienta de gestión estratégica que ayuda a simplificar la estrategia de la organización, al traducirla en una serie de indicadores que informan sobre el grado de consecución de las metas logradas y las causas de las desviaciones encontradas entre los resultados esperados y los obtenidos a través de una medición y control de los objetivos y metas para optimizar las decisiones de la plana mayor de la institución. Su función permite una revisión permanente de la estrategia organizacional, ya que identifica las relaciones existentes entre los factores claves para el éxito y los indicadores de actividad, logrando a través de ello una retroalimentación informativa que facilite los ajustes o redefiniciones de estrategias en caso de ser necesarias.

1.2. INVESTIGACIÓN PROPUESTA

El problema al cual nos vemos enfrentados es si existen instrumentos que permitan el control de la gestión para la optimización de las decisiones directivas en el Hospital Herminda Martín, por lo cual el objetivo general al que se pretende llegar es la construcción de indicadores de gestión para proveer de información a la dirección y subdirección del Hospital Herminda Martín de Chillán.

La hipótesis es que a través de la construcción de indicadores de gestión se podrá llevar a cabo una medición y control de los objetivos y metas para optimizar las decisiones de la plana mayor de la organización.

1.2.1. Objetivo General:

- Construir indicadores de gestión mediante el uso de un cuadro de mando directivo para proveer de información a la dirección y subdirección del Hospital Herminda Martín de Chillán.

1.2.2. Objetivos Específicos:

Con la finalidad de hacer operativo el objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- ☞ Identificar las actividades clave de la plana Directiva y Sub-Directiva.
- ☞ Estructurar bajo un cuadro de mando directivo los indicadores existentes.
- ☞ Desarrollar una propuesta de indicadores de gestión a la plana directiva .

☞ Proponer la integración de un cuadro de mando directivo al sistema de información de la institución.

1.3. DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

El cuadro de mando integral complementa indicadores de medición de los resultados de la actuación con indicadores financieros y no financieros, de los factores clave que influirán en los resultados del futuro, derivados de la visión y estrategia de la organización. También enfatiza la conversión de visión y estrategia de la empresa en objetivos e indicadores estratégicos, por ello, ven a la organización desde cuatro perspectivas: financiera, cliente, procesos operativos internos y aprendizaje y crecimiento. También enfatizan que el diseño de un cuadro de mando debe ser complementado por un proceso de implementación que estimule el trabajo directivo en equipo. Visto desde la perspectiva el cuadro de mando integral puede ayudar a crear un poderoso clima de aprendizaje continuo dentro de la organización, según lo mencionan **Kaplan y Norton** (1997), en su texto “**Cuadro de Mando Integral**”, quienes son los principales referentes en este tema.

El cuadro de mando integral es la herramienta que ayuda a las empresas a poner en marcha sus estrategias diferenciadoras, como también, es un sistema que equilibre la exactitud histórica de las cifras financieras con los impulsores de los resultados futuros, como señala **Paul R. Niven** (2003), en su libro “**El Cuadro de Mando Integral: Paso a Paso**”, lo define también como un conjunto cuidadosamente seleccionado de medidas derivadas de la estrategia de una empresa. Las medidas seleccionadas para formar el cuadro de mando representan una herramienta que los líderes pueden usar para comunicar a los empleados y las partes interesadas externas los resultados y los impulsores a los que la empresa recurrirá para alcanzar su misión y sus objetivos estratégicos. Muestra el desarrollo de los ítems para desarrollar al CMI paso a paso comenzando por la misión, valores, visión y estrategia, desarrollando los objetivos y medidas de los resultados finales desplegando vínculos como causa-efecto, terminando con la fijación de metas e iniciativas,

luego integra el CMI en el sistema de gestión de la empresa, explicando su uso y como obtener y mantener el éxito de dicha herramienta utilizada.

Según **Luís Muñiz** y **Enric Monfort** (2005), en su libro **“Aplicación Práctica del Cuadro de Mando Integral”**, indican que el cuadro de mando integral da respuesta a variadas preguntas señaladas en el texto, las cuales en su conjunto definen el concepto como el proceso que permite traducir los objetivos estratégicos en resultados, con lo cual permite a la dirección centrar su atención en lo que considera más importante, también menciona que es un sistema de comunicación, de información y de formación, sirve para medir de una forma eficaz si se están cumpliendo los resultados esperados, confirmar si avanza hacia los objetivos marcados en la estrategia y comunicar a la organización como conseguir los objetivos estratégicos. Además de ello menciona el CMI como un sistema de medición, de gestión estratégica y como herramienta de comunicación, señalando diez pilares básicos de éste.

“Implantando y Gestionando El Cuadro de Mando Integral” (Performance Drivers), de **Nils-Göran Olve, Jan Roy y Magnus Wetter** (2000), se refiere CMI no sólo a una estructura especial sino también a los procesos involucrados en su uso, por tanto, menciona que es un elemento de un sistema de control estratégico y una respuesta a la crítica dirigida al control de gestión tradicional. También relaciona las ideas originales de Norton y Kaplan junto con otros autores, además de ejemplos de empresas reales y críticas de la gestión tradicional mostrando la creación desde variados enfoques del CMI.

La Dirección Estratégica consta de cinco componentes relacionados entre sí, los cuales en su conjunto definen el término. Desarrollar el concepto de negocio y formar una visión de hacia donde se necesita dirigir a la organización, es decir, tratar de infundir en la organización un sentido de finalidad, proporcionando una dirección a largo plazo y estableciendo una misión, transformándola en objetivos específicos de resultado, para luego elaborar una estrategia que logre el objetivo planeado, implantar y poner en practica la estrategia seleccionada (de manera eficiente y eficaz) y por último evaluar el resultado, revisando la situación e iniciar ajustes correctivos en las condiciones cambiantes, las ideas,

las nuevas oportunidades y los conceptos mencionados anteriormente, todo ello para poder definir la dirección estratégica según **Arthur A. Thompson y A. J. Strichland III** (1998) en su libro **“Dirección y Administración Estratégicas”**.

En el texto **“Dirección Estratégica”** de **Samuel C. Certo y J. Paul Meter** (1997) dice que la Administración Estratégica es un proceso continuado, reiterativo y transfuncional dirigido a mantener a una organización en su conjunto acoplada de manera apropiada con el ambiente en el que se desenvuelve, es decir, a su entorno competitivo. También se refiere a que es un proceso continuo, o sea, que jamás se pone fin a su labor estratégica. Menciona que el rol de la alta dirección en la administración estratégica le corresponde normalmente la toma de dediciones estratégicas, es así como señala a algunos de ellos ya sea en grandes empresas o instituciones de menor tamaño donde pueden ser al mismo tiempo dueño/empresario.

“El Control Integrado de Gestión” de **Francisco Blanco Illescas** (1980), se refiere a que existen tres tipos de informes que sirven como herramientas de control. El cuadro de mando señalando que cuyo contenido corresponde el análisis efectuado, se identifican las desviaciones trascendentes y sus causas alertando sobre posibles vías de acción futura. Un balance periódico de puntos débiles y fuertes de la gestión, o sea, se trata de una evaluación periódica de la gestión donde se ven las debilidades constatadas en el periodo y los posibles cuellos de botella de la expansión rentable a corto plazo, las líneas de fuerza y los potenciales de la empresa no explotados en los que apoyar su progreso. Análisis comparativos Inter-empresas, menciona que hay que situar a la empresa con la competencia dentro del marco profesional, para así tomar conciencia de la posición alcanzada y de las tendencias.

El libro **“Control de Gestión: Una perspectiva de dirección”** de **Joan M. Amat** (2003), define “El control de gestión como el conjunto de mecanismos que puede utilizar la dirección que permiten aumentar la probabilidad que el comportamiento de las personas que forman parte de la empresa sea coherente con los objetivos de la dirección”

1.4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para llevar a cabo este informe se desarrollarán dos tipos de estudios, El exploratorio definido según Kinnear y Taylor (1998) como *“apropiado para las etapas iniciales del proceso de toma de decisiones. Está diseñado para obtener un análisis preliminar de la situación. Es apropiado para situaciones de reconocimiento y definición del problema”*. Y un estudio descriptivo, el cual *“se caracteriza por una enunciación clara del problema de decisión, objetivos específicos de investigación y necesidades de información detallada. Se caracteriza por un diseño de investigación cuidadosamente planeada y estructurada. Como el propósito es suministrar información sobre preguntas, hipótesis específicas, la investigación debe diseñarse para asegurar la exactitud de los hallazgos”*, Kinnear, y Taylor (1998).

La utilización de estos métodos de estudios, permitirán reconocer el funcionamiento de los actuales sistemas de gestión de control y los indicadores utilizados en este nivel, dicha información se obtendrá a través de encuestas y entrevistas realizadas a los directivos y sub-directivos del hospital, con el fin de conseguir la información necesaria para la realización de la investigación.

1.5. PLAN DE TRABAJO A DESARROLLAR

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Revisión de antecedentes teóricos	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Contacto con empresa	■																			
Definición del problema e hipótesis	■	■																		
Entrega del anteproyecto			■																	
Exposición del anteproyecto			■	■																
Entrega del anteproyecto corregido				■	■															
Diseño de la investigación				■	■	■														
Entrega del primer informe											■									
Defensa del primer informe												■								
Entrevista con los directivos													■	■						
Análisis de la información									■	■	■	■	■	■	■					
Proponer indicadores																■	■			
Entrega del segundo informe																		■		
Defensa del segundo informe																			■	
Entrega informe final																				■
Exposición y defensa final																				■

Nota: Tiempo en semanas desde 07/08/06 a 22/12/06

1.6. REQUERIMIENTOS

Para la realización de este proyecto los recursos de mayor significación que serán requeridos son los siguientes:

- ☞ Libros y apuntes: el material bibliográfico se presenta como un recurso indispensable en la primera etapa del proyecto, básicamente en la elaboración del marco teórico, y como apoyo para el desarrollo de la investigación.
- ☞ Acceso a Internet: se utilizará como herramienta de apoyo para satisfacer requerimientos de información en el desarrollo del proyecto.
- ☞ Equipos computacionales: computador, impresora, grabador de discos compactos, puesto que además del procesamiento de datos, se requerirá imprimir los documentos resultantes de la investigación y dejar copias de ella en cd. Además de acceso a fotocopiado de documentos necesarios para la investigación.
- ☞ Horas Hombre: para el desarrollo de todo el proyecto se necesitará de tiempo, tanto aplicado a revisión bibliográfica, como actividades en terreno para obtener la información necesaria de la institución.
- ☞ Recursos económicos: dirigido a solventar gastos de movilización, materiales requeridos, etc.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

Wesley y Ansoff (1998), plantea que *“la dirección estratégica es un enfoque sistemático hacia una responsabilidad mayor y cada vez más importante de la gerencia general, es decir, relacionar a la empresa con su entorno estableciendo su posición, de tal manera que garantice su éxito continuo y la proteja de las sorpresas”*.

La dirección estratégica es una metodología para coordinar las actividades que se desarrollan en una organización, la que se centra en alcanzar los objetivos establecidos y buscar la ventaja competitiva, por ello es necesario que toda empresa tenga un sistema de dirección. Aunque el desarrollo de éste dependa del tipo de empresa en la que se va a implantar o del tamaño de la misma.

El desarrollo de estos sistemas de dirección nace tras la necesidad de aumentar la eficacia y eficiencia en los imprevistos cambios de la empresa y el entorno, dando respuestas rápidas a situaciones difíciles y no rutinarias.

Las organizaciones se han visto enfrentadas a un entorno cada vez más hostil, que se encuentra en constante cambio, provocando con ello una necesidad de crear respuestas rápidas que permitan sobrevivir o aumentar la eficacia. *“El resultado final de la dirección estratégica es una estructura interna y dinámica capaz de ofrecer una respuesta continua a los cambios en el ambiente externo”* Wesley y Ansoff (1998), la estrategia empresarial responde a la permanente necesidad de adaptación de la empresa ante los cambios del entorno.

La relevancia y velocidad con la cual se presenten los cambios, son aspectos que definen el escenario estratégico donde se desenvuelva la empresa. Cambios constantes pueden dificultar su eficiencia y afectar las oportunidades, pero que pueden presentar oportunidades. Frente a esto la empresa cuenta con fortalezas y debilidades que ayuden a lograr la adaptación perseguida. Una actitud estratégica se basa en la creencia que el futuro puede ser mejorado a través de adecuadas acciones.

Las acciones o pasos que siga una organización no tendrán sentido por sí solos, sino en la medida que la lleven hacia donde quiere estar, en eso consiste la dirección estratégica, en hacer que toda la organización enfoque sus esfuerzos hacia la meta que se haya decidido. No basta con hacer esfuerzos para mejorar lo que se hace día a día, se requiere la seguridad de que todos trabajan para llevarla hacia donde se había decidido, teniendo en cuenta que esto es un proceso continuo, evaluando constantemente con el fin de conseguir los objetivos.

La dirección estratégica vista desde el enfoque administrativo, la componen cuatro funciones, las cuales son:

- Planificación
- Organización
- Dirección
- Control

2.1.1. PLANIFICACIÓN

La Función de la planificación en la administración, es definir adecuadamente los objetivos, se fijan las estrategias para alcanzar dichos objetivos, y se trazan planes para integrar y coordinar las actividades.

2.1.1.1. Elementos de la planificación:

2.1.1.1.1. Objetivos: Fines hacia los cuales se dirige la actividad de la organización. Los objetivos se caracterizan por ser razonables y verificables.

2.1.1.1.2. Planificación Estratégica

La planificación estratégica es un proceso directivo, en donde las entidades seleccionan y organizan sus tareas en un tiempo determinado, definiendo metas, políticas, objetivos y estrategias. Lo que a la vez debe ser comunicado a todos los niveles para que todos se encuentren en una sola línea y así cumplir los objetivos.

Para entenderlo de forma más clara se analizará según lo definan diferentes autores, como así lo plantea Luis Muñiz y Enric Monfort como *“un conjunto de elementos que permiten alcanzar los objetivos previstos, estos elementos incluyen normas, medidas de actuación, sistemas y procesos de trabajo. La planificación es una forma de proceder a partir del estudio de las diferentes opciones. La planificación estratégica permite marcar las directrices y medidas de actuación para un periodo a largo plazo. Los responsables de su definición son: El director general, el controlador, los directores del departamento y personal seleccionado que depende de cada director de área y son los que deberán participar en la realización de la planificación y coordinar en la parte que le corresponda en el proceso de planificación.”*

Jarillo (1992), en su libro Dirección Estratégica, confirma la definición anterior, donde dice que la planificación estratégica *“es un conjunto de actividades formales encaminadas a producir una formulación estratégica. Estas actividades son de muy variado tipo y van desde una reunión anual de directivos para discutir las metas para el ejercicio entrante, hasta la obligatoria recopilación y envío de datos presupuestarios por parte de todas las unidades de la empresa a la unidad superior”*.

2.1.1.1.2.1. Proceso de la Planificación Estratégica

Para definir la planificación estratégica, según Muñiz y Monfort (2005) se deben tener en cuenta cinco preguntas, las cuales son:

1. **Quiénes somos:** Se debe definir la misión, filosofía y valores, para saber a que nos dedicamos y que clase de organización tenemos.
2. **Dónde estamos:** Realizar un análisis interno; perfil institucional: de servicios y programas, recurso humano, financiación, instalaciones, gestión y organización, etc. Identificar las fortalezas, debilidades y aspiraciones.
3. **A dónde nos dirigimos:** Analizar el entorno y como nos afecta; identificar las oportunidades y amenazas, cambios en las expectativas de los usuarios/clientes, proveedores, demografía, financieros y tecnológicos.
4. **Qué rumbo deberíamos tomar:** Identificar y evaluar las metas y estrategias claves y sus riesgos; Crear alternativas de estrategia: ¿Qué podemos hacer con el entorno, organización, competencia, recursos y cultura?, ¿Qué queremos hacer con nuestra misión, valores personales y aspiraciones y el staff en general?, ¿Qué debemos hacer con las necesidades de la comunidad, obligaciones hacia nuestros clientes?.
5. **Qué hacer para llegar:** Elaborar el plan estratégico especificando los fines para conseguir el cambio.

2.1.1.1.2.2. Elementos De La Planificación Estratégica

Jarillo (1992), en su libro dirección estratégica, nombra y define tres elementos de la planificación estratégica, los cuales son:

1.- Los sistemas de presupuesto y el control financiero.

Los presupuestos, son la primera herramienta formal en manos de los directivos para el diseño de la estrategia. En definitiva, son previsiones concretas acerca de las principales magnitudes económicas de la empresa: ingreso, gastos, proyectos de inversión, necesidades de financiación, etc. Se preparan, generalmente, de forma anual y con frecuencia se dividen en periodos inferiores.

El establecimiento de los presupuestos, dan origen a los sistemas de control, comprobando el cumplimiento de éstos; en la medida en que se van cumpliendo, la dirección no actúa, por lo que puede reservar sus intervenciones para las desviaciones de los presupuestos.

2.- La planificación a largo plazo.

Este ítem, considera ampliar el ciclo presupuestario, elaborando previsiones de ingresos y gastos para los tres, cinco o diez años, evidentemente no se puede saber lo que suceda en esa fecha, por lo que la gran virtud de la planificación es obligar a la organización, los directivos, a pensar en el futuro. Para lo que se debe explorar los datos pasados, analizar la situación actual, a dónde habrá dirigido el sector y cuales serán las posiciones relativas de los competidores, en otras palabras hacer un análisis estratégico.

3.- La planificación estratégica propiamente dicha.

Para todo sistema de planificación estratégica se requiere gran cantidad de datos y un trabajo de análisis, por lo que se tiene que tener claro ciertos elementos:

- **Consideraciones sobre el entorno:** El tamaño y crecimiento del mercado, los principales competidores, tecnologías existentes, nuevos competidores y la necesidad cambiante de los clientes.
- **Metas para la empresa:** Estas deben ser concretas y genéricas; debe decidir cual va ser la ventaja competitiva de la empresa, debe tener diferentes tipos de metas largo plazo, estratégicas u operativas.
- **Acciones concretas:** acciones que se emprendan para alcanzar los retos estratégicos anteriormente definidos.
- **Desglose presupuestario y de control:** Las acciones que se emprenden deberán reflejarse en los resultados casi siempre en variables presupuestarias (menos gasto, más ingreso), o en otras variables de control que serán determinadas en el sistema de planificación, al no ser así, no se obtendrán las metas deseables.

Además, Jarillo (1992) plantea una serie de pasos concretos para realizar una planificación estratégica en una empresa se debe determinar:

- De lo que la empresa debe ser.
- Las grandes metas corporativas para el año entrante.
- Los negocios en que se quiere competir.
- La estrategia competitiva de cada negocio.
- Las grandes acciones estratégicas necesarias para alcanzar la estrategia de cada negocio.
- Las metas funcionales.
- Consolidar y reevaluación de las metas estratégicas de todos los negocios.
- Elaborar planes detallados.
- Consolidación presupuestaria.

La realización de estos pasos debe tener una fecha fija y es misión de la dirección general de la empresa el que se cumplan.

2.1.1.1.3. Planificación Operativa:

La planificación operativa consiste en formular planes a corto plazo que pongan de relieve las diversas partes de la organización y lo que deben hacer para que la empresa tenga éxito a corto plazo. La planificación operativa muestra cómo se pueden aplicar los planes estratégicos en el quehacer diario.

2.1.2. ORGANIZACIÓN

Esta función de la administración consiste en determinar qué tareas hay que hacer, quién las hace, cómo se agrupan, quién rinde cuenta a quién y dónde se toman las decisiones. Con el fin de poder implantar estrategias para el logro de los objetivos planteados en la etapa de planificación. El fin de la organización es coordinar las actividades de todos quienes conforman la empresa, con el propósito de obtener el máximo de beneficio posible sobre los recursos materiales, técnicos y humanos, a fin de conseguir los fines deseados para la empresa

La organización más que una etapa, es un proceso continuo, debido a que la empresa y sus recursos están en constante cambio, a través de ella se define la mejor manera de lograr los objetivos, estableciendo métodos en que se pueden desarrollar las actividades de manera eficiente. Permite reducir esfuerzos innecesarios al delimitar funciones y responsabilidades

2.1.2.1. Elementos de la Organización:

- ☞ **Estructura:** la organización implica el establecimiento del marco fundamental en el que deberán trabajar las personas, ya que establece la disposición y correlación de las funciones, jerarquías y actividades necesarias para lograr los objetivos.
- ☞ **Sistematización:** todas las actividades y recursos de la empresa, deben coordinarse racionalmente a fin de facilitar el trabajo y la eficiencia.
- ☞ **Agrupación y asignación de actividades y responsabilidades:** organizar, implica la necesidad de agrupar, dividir y asignar funciones a fin de promover la especialización.
- ☞ **Jerarquía:** la organización como estructura, origina la necesidad de establecer niveles de autoridad y responsabilidad dentro de la empresa.
- ☞ **Simplificación de funciones:** Uno de los objetivos básicos de la organización es establecer los métodos más sencillos para realizar el trabajo de la mejor manera posible.

2.1.2.2. Principios de la organización.

- ☞ **Del objetivo:** toda y cada una de las actividades establecidas en la organización deben relacionarse con los objetivos y propósitos de la empresa, la existencia de un puesto sólo es justificable si sirve para alcanzar realmente los objetivos.
- ☞ **Especialización:** el trabajo de una persona debe limitarse hasta donde sea posible, a la ejecución de una sola actividad; mientras más específico y menor campo de acción tenga un individuo, mayor será su eficiencia y destreza.

- ☞ **Jerarquía:** es necesario establecer centros de autoridad de los que emane la comunicación necesaria para lograr los planes, en los cuales la autoridad y la responsabilidad fluyan desde el más alto ejecutivo hasta el nivel más bajo.
- ☞ **Paridad de autoridad y responsabilidad:** a cada grado de responsabilidad conferido, debe corresponder el grado de autoridad necesario para cumplir dicha responsabilidad.
- ☞ **Difusión:** la obligación de cada puesto que cubre autoridad y responsabilidad debe publicarse y ponerse por escrito a disposición de todos aquellos miembros de la empresa que tengan relación con el mismo.
- ☞ **Amplitud o tramo de control:** hay un límite en cuanto al número de subordinados que deben reportarse a un ejecutivo, de tal manera que éste pueda realizar todas sus funciones eficientemente.
- ☞ **Coordinación:** las unidades de una organización siempre deberán mantenerse en equilibrio.
- ☞ **Continuidad:** una vez que se ha establecido la estructura organizacional, requiere mantenerse, mejorarse, y ajustarse a las condiciones del medio ambiente.

2.1.3. DIRECCIÓN

En esta etapa de la administración, consiste en motivar a los subordinados, influir en los individuos y los equipos mientras hacen su trabajo, elegir el mejor canal de comunicación y ocuparse de cualquier otra manera del comportamiento de los empleados resolviendo los conflictos.

Elementos del proceso de dirección:

- ☞ Personas tienen diferentes roles
- ☞ No existen personas promedio
- ☞ Dignidad personal
- ☞ Totalidad de las personas

2.1.4. CONTROL

Illanes (1999) define control como “*un proceso dinámico que determina lo que se está realizando y lo que se ha realizado, valorando y aplicando medidas correctivas para reorientar la acción (dirección) hacia los objetivos (planificación) y eventualmente reformular los planes*”.

Además se entiende que es un proceso continuo que asigna responsabilidades a los encargados de su ejecución, analizando los objetivos de las áreas de resultados claves para el logro de la meta propuesta en la planificación, detectando todas las desviaciones de los parámetros fijados, lo que permitirá localizar dónde está el problema y poder modificar este comportamiento que lo ocasiona.

Los objetivos globales pueden determinar un conjunto de objetivos específicos ligados a cada una de las responsabilidades de los diferentes centros de responsabilidad en que esta organizada la empresa. Para que el proceso de control sea eficaz es necesario que los objetivos específicos de cada departamento sea coherente con la estrategia de la empresa, o sea con los objetivos globales y con la estructura organizativa existente.

Proceso de control:

- Establecer estándares
- Medición del desempeño en comparación con esos estándares
- Corrección de desviaciones con respecto a estándares y planes (relación con las otras funciones)

Requisitos de control:

- Los controles deben hacerse a la medida de planes y puestos.
- Hacerse a la medida de administradores específicos y sus personalidades.
- Señalar las excepciones en puntos principales.
- Objetividad
- Flexibilidad

- Ajustarse al clima de la organización.
- Económicos
- Conducir a acciones correctivas

2.1.4.1. Control De Gestión

El control gestión es parte fundamental dentro de los procesos administrativos, logrando que todas y cada una de las actividades de la empresa sean realizadas de la forma deseada y a su vez aporten con el logro de los objetivos globales. Existen dos perspectivas claramente identificables dentro del proceso de control, un primer punto de vista nos señala una perspectiva más limitada de lo que significa el control, se centra en muchos casos en el cálculo contable del resultado y como segunda perspectiva una vista más amplia del control que no solo considera indicadores financieros, si no también el contexto en el que se realizan las actividades, tanto lo referente al comportamiento individual, la cultura organizativa y al entorno.

Amat (2003), define *“El control de gestión como el conjunto de mecanismos que puede utilizar la dirección que permiten aumentar la probabilidad que el comportamiento de las personas que forman parte de la empresa sea coherente con los objetivos de la dirección”*.

Mallo y Merlo (1998) plantean que *“El control de gestión se concibe sobre una organización en funcionamiento que, en su gestión ordinaria, va realizando los planes y programas de medio y largo plazo coincidiendo con la gestión del día a día, convirtiendo continuamente la información en acción, a través de la decisión, y sometiendo todo al proceso de control”*.

Jiménez (1996) plantea que el control de gestión *“Consiste en revisar la gestión realizada aplicando un conjunto de técnicas y procedimientos, evaluando el grado de logro de los objetivos y determinando las causas de las desviaciones con el fin de mejorar la eficiencia de la gestión futura...”* y además agrega que *“...El control de gestión consiste en*

un conjunto de procedimientos y técnicas, especialmente cuantitativas que ayudan a una gestión planificada y ordenada, mejorando así su eficiencia en el logro de los objetivos estratégicos...”.

El control de gestión esta más bien referido a los procesos y no a las prácticas de decisión, su enfoque busca mejorar la información para la adopción de decisiones y para agilizar el seguimiento de los resultados ante las decisiones adoptadas. Además el control de gestión se encuentra directamente vinculado con el concepto de responsabilidad y no con el de autoridad, a partir de esto se puede concluir que el control de gestión no es delegable como el de autoridad si no simplemente asignable. Todas las funciones en la organización tienen responsabilidades específicas, por lo tanto deben estar sujetas a controles permanentes, a fin de asegurar la adecuada puesta en marcha de las estrategias y su correcto desarrollo para el logro de los objetivos. Todas las áreas del conocimiento de la empresa pueden aportar al control de gestión.

2.1.4.2. Sistema De Control De Gestión:

Blanco (1980), se refiere a que *“el sistema de control de gestión es apoyar a los directivos en el proceso de toma de decisiones con visión empresarial, para que se obtengan los resultados esperados...”*, además se agrega que este sistema debe ser total, periódico, cuantitativo e integrado o coordinado.

2.1.4.2.1. Características del sistema de Control de Gestión:

- ☞ *Totalidad:* Debe cubrir el conjunto de actividades de la empresa y no los aspectos parciales.
- ☞ *Equilibrio:* Todos lo aspectos deben ser mirados de igual manera, sin dar mayor relevancia al que el directivo maneje mejor.

- ☞ *Oportunidad:* Las acciones correctivas deben realizarse a tiempo para que sean eficaces o por lo menos no sean perjudiciales.

- ☞ *Eficiencia:* Debe buscar la consecución de los objetivos y apunta al centro de los problemas.

- ☞ *Integración:* La empresa es un conjunto de factores que forman un todo y como tal debe verse la repercusión de cada problema dentro de la estructura.

- ☞ *Creatividad:* Una búsqueda continua de indicadores y modelos para conocer mejor la realidad de la empresa y llevarla al logro de los objetivos.

- ☞ *Impulso a la acción:* Alerta a los directivos a tomar decisiones sobre aspectos negativos e impulsar las acciones correctivas adecuadas.

2.1.4.3. Herramientas del control

Existen herramientas de control que ayudan a la alta dirección a estar al tanto de lo que sucede en la organización, entre las cuales se encuentran:

2.1.4.3.1. Presupuestos:

Es la cuantificación de un plan estratégico, con la finalidad de ser una herramienta informacional para la adopción de la decisión de su puesta en marcha y además, sirve de elemento base en el control del cumplimiento de dicho plan. Este presupuesto es confeccionado en unidades monetarias; permite cuantificar los objetivos a alcanzar, para así contrastarlos con los datos reales y verificar su grado de logro.

2.1.4.3.2. Contabilidad:

Proceso de identificar, medir y comunicar la información económica que permita formular juicios basados en información y la toma de decisiones por aquellos que se sirven de la información. Es una forma sistemática y resumida de registrar las operaciones significativas efectuadas en una empresa con el objetivo de proporcionar a los usuarios el

máximo de información al mínimo costo, a fin de que ella pueda ser utilizada para, entre otras cosas, controlar que las actividades de la empresa se estén llevando a cabo conforme a lo planificado.

2.1.4.3.3. Análisis Financieros:

Una herramienta eficaz para el proceso de adopción de decisiones y para las instancias de control hacia el interior de la organización, analiza la posición financiera de la empresa para agente externos como inversionistas, potenciales acreedores y otros. Permite observar el grado de cumplimiento de los objetivos a partir de la asignación y de los destinos de los recursos dentro de la organización.

2.1.4.3.4. Balance Periódico de Puntos débiles y fuertes de la gestión:

Es la realización constante y periódica de evaluaciones, que permitan reconocer las debilidades del momento, identificando así posibles cuellos de botella en el proceso de expansión, además de los potenciales de la empresa desaprovechados.

2.1.4.3.5. Análisis Comparativos Inter-empresas:

No basta con saber que somos como empresa, es necesario saber además como estamos frente a compañías de la competencia, para ello es necesario ubicar los indicadores de gestión propios dentro del marco profesional, tomando conciencia de a situación alcanzada y las tendencias que sigue la industria

2.1.4.3.6. El Cuadro de Mando

Analiza y sintetiza las actuaciones de la empresa, realizando una comparación con las previsiones efectuadas en la planificación. Una vez identificadas las desviaciones trascendentes y las causas de estas, provoca que la alta dirección tome acciones al respecto sobre posibles acciones futuras.

Básicamente la condición ante la que se establece la necesidad de utilizar esta herramienta es “*Si no puedes medirlo, no puedes gestionarlo*”.

En la actualidad, si las empresas han de sobrevivir y prosperar debieran ser capaces de utilizar nuevos sistemas de medición, debido a que históricamente se utilizaba la tendencia de adoptar estrategias con respecto a los clientes, la competencia e indicadores que motivan y miden los informes financieros. El cuadro de mando integral conserva la medición financiera y de gestión derivados de sus estrategias y capacidades además de realizar un conjunto de decisiones gerenciales que vinculan a los clientes, los procesos internos, los empleados y la actuación de los sistemas con éxito financiero a largo plazo.

El concepto de cuadro de mando integral es introducido a principios de los años noventa, e implica una estrategia para conseguir objetivos estratégicos, asegurando que se despliegue e implementen en la organización logrando un seguimiento constante y mejora continua. Este surge tras la necesidad de complementar los indicadores financieros tradicionales, para así cambiar la visión y que las líneas estratégicas se conviertan en objetivos estratégicos claros y tangibles, capaces de ser medidos y cuantificados. Además, Ballvé (2002) plantea que *“nació como una herramienta gerencial con el objetivo básico de poder diagnosticar una situación y de efectuar su control permanente”*.

La base fundamental de este modelo, implica que las persona que conforman la organización deben estar involucradas y comprometidas con dicho cuadro y que lo apoyen en forma constante, siendo una de las principales herramientas de control de gestión, por lo que debe ser difundido por la dirección, para ello requiere tiempo y dedicación, esto es un sistema continuo que debe ser actualizado.

Este sistema de gestión no es un proyecto, por lo que no tiene un plazo determinado (entendiéndose que los proyectos contienen un plazo de término), consumirá recursos y tiempos adicionales, debe integrarse dentro de los sistemas de información de la compañía para adaptarse a las necesidades y circunstancias de la empresa.

La propuesta de un Cuadro de Mando es en si una buena alternativa de control, en ella se logran definir claramente los fines perseguidos por la organización, reconociendo que para ellos se requieren integrar los puntos de vista bajo los que puede observarse la gestión

de una empresa, estableciendo entre ellos cadenas de causa-efecto que suceden, para ellos se proponen cuatro ámbitos fundamentales, estos ámbitos o perspectivas son los siguientes:

2.1.4.3.6.1 Perspectivas de un cuadro de mando

Kaplan y Norton (1997), *“El cuadro de mando Integral transforma la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas: Finanzas, clientes, procesos internos y formación y crecimiento; dichas perspectivas permiten un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, los resultados deseados y los inductores de actuación de esos resultados, y las medidas objetivas y subjetivas”*.

Dichas perspectivas han demostrado ser válidas para una amplia variedad de empresas, ya sean públicas o privadas, considerando sus diferencias principalmente por sus objetivos y finalidades, no obstante, estas deben considerarse como una plantilla y no como una camisa de fuerza, por lo tanto no existe ningún método que garantice que las cuatro perspectivas son a la vez necesarias y suficientes, por lo cual la utilización de éstas depende de las circunstancias del sector y de la estrategia de la unidad de negocio, pueden utilizarse sólo una o más perspectivas adicionales. Las medidas que aparecen en un cuadro de mando integral deberían estar completamente integradas en la cadena de vinculaciones de acontecimientos causales que definen y cuentan la historia de la estrategia de la unidad de negocio, sin importar que tipo de estrategia o cual sea el objetivo de ésta.

Muñiz y Monfort (2005), también nombran las cuatro perspectivas de los autores anteriores, las que ellos dicen que debieran ser suficientes, pero el número de perspectivas que se escojan deben ser según las necesidades de cada empresa, captando la atención de los interesados y lograr cubrir todos los objetivos estratégicos. Debido a que cada objetivo se debe medir con los indicadores que se definan en cada perspectiva.

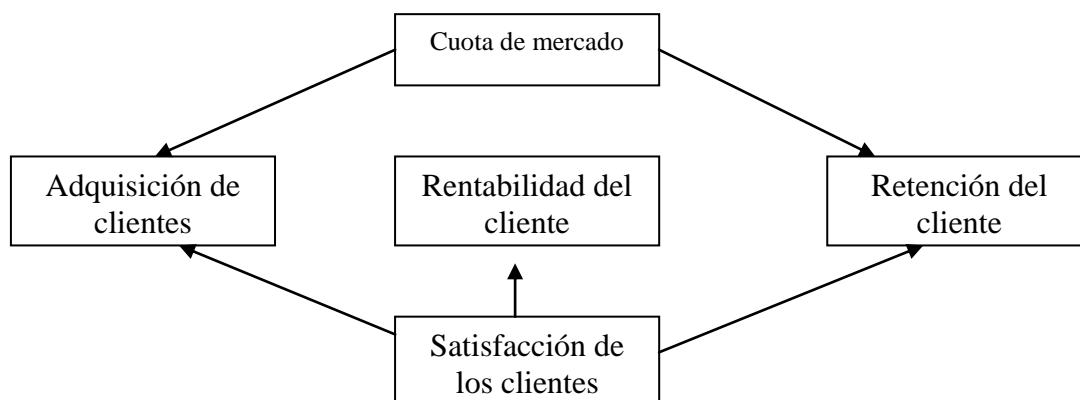
Perspectiva Financiera:

Los indicadores financieros son valiosos, debido a que permite ver los efectos que tienen sobre la rentabilidad en las acciones anteriores, este tipo de medida indica si la ejecución de la estrategia en la empresa esta aportando para la mejora de la base aceptada, algunos objetivos financieros son: los ingresos de explotación, los rendimiento del capital empleado, el rápido crecimiento de las ventas, entre otros.

Perspectivas del cliente:

“...Sin la satisfacción del cliente, los objetivos financieros no se cumplen...” (Muñiz y Monfort, 2005). Por lo que esta perspectiva es fundamental al momento del desarrollo del cuadro de mando. Existen dos conjuntos de medidas, la primera denominada *medidas genéricas*, en donde se identifica la satisfacción del cliente, retención de cliente, adquisición de nuevos clientes, su rentabilidad del cliente y la participación de mercado en donde competirá la unidad de negocio; el segundo conjunto, es en donde se le añade valor al primer conjunto, en donde se identifican los atributos del producto o servicio, la relación que se genere con los clientes y la imagen que se tenga.

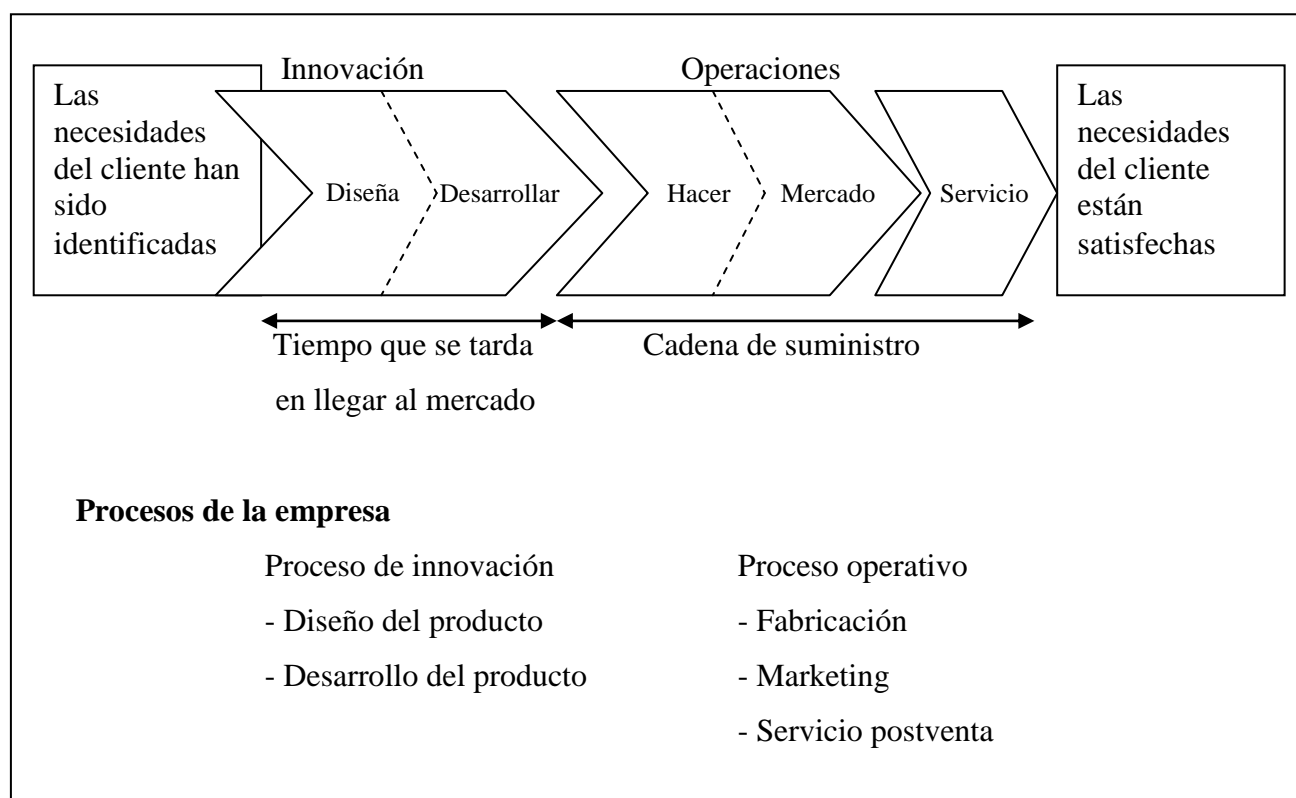
Las medidas para la perspectiva de clientes



Fuente: Libro Aplicación práctica del cuadro de mando integral de los autores Luís Muñiz y Eric Monfort.

Perspectiva del proceso interno:

Los directivos deben identificar los procesos críticos internos, los que permitirán entregar propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes y además satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos financieros de los accionistas. En esta perspectiva se deben analizar los recursos y capacidad que la empresa necesita controlar y mejorar con el objetivo de contribuir a la creación de valor para el cliente.



Fuente: Cuadro de mando integral: The Balanced Scorecard de los autores Kaplan y Norton

La perspectiva de formación o aprendizaje y crecimiento:

Esta perspectiva procede de tres fuentes principales, las cuales son: las personas, los sistemas y los procedimientos de la empresa. Por lo que las personas con sus habilidades, conocimiento y actitudes pueden idear e implementar procesos y productos que satisfagan a los clientes; las empresas deben invertir en la capacitación del personal, potenciar los

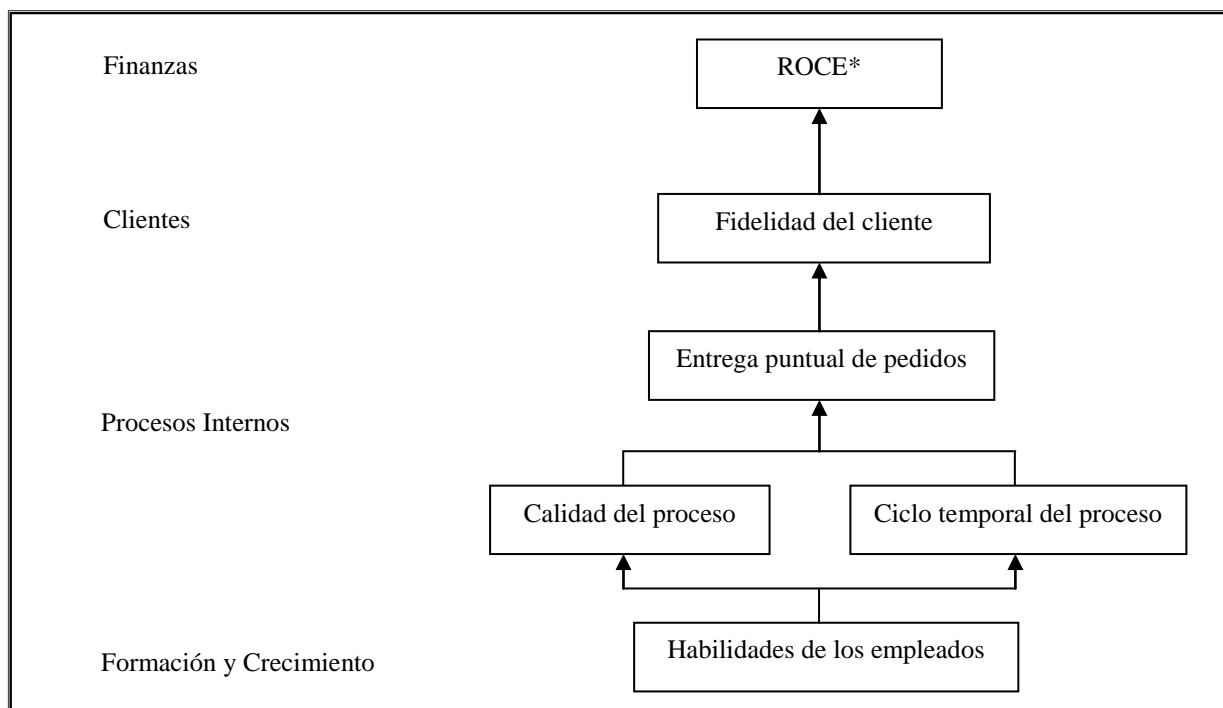
sistemas y tecnologías de la información, y coordinar los procedimientos y rutinas del trabajo de una forma más eficiente.

2.1.4.3.6.2. Las relaciones causa-efecto:

Para desarrollar las relaciones causa-efecto, se deben tener claro los objetivos estratégicos para cada perspectiva y buscar los indicadores para la medición de dichos objetivo.

Estos vínculos causa-efecto deben estar especificados en un mapa estratégico de forma clara y fácil de entender, los que sirven como herramienta para diseñar el camino concreto a seguir para el cumplimiento de las estrategias.

El mapa estratégico es un dibujo de lo que se quiere hacer en una empresa, en dicho diagrama se exponen los objetivos estratégicos para cada una de las cuadro perspectivas y las relaciones causa-efecto.



Fuente: Cuadro de Mando Integral: The Balanced Scorecard, Kaplan y Norton.

*ROCE: Rendimiento sobre el capital empleado.

2.1.4.3.6.3. Diseño De Un Cuadro De Mando

Ballvé (2002), plantea que para el diseño de un cuadro de mando directivo se deben realizar dos pasos importantes, el primero es dividir la empresa en áreas o temas claves y el segundo paso es seleccionar indicadores por áreas.

A) Definiendo áreas claves:

1.- *Procesos o temas:* Esto es un enfoque directivo con un punto de vista práctico y de información como una herramienta de diagnóstico, en donde se debe ver más al interior de la organización.

2.- *Ninguna área queda condenada al fracaso:* todas las áreas de la organización están relacionadas y muchas tienen grados de dependencia, sin embargo al momento de identificar los indicadores es necesario controlarlas por sí solas, sin dejar de ver la relación que hay entre ellas. Cuando exista un área con fuerte impacto sobre otra, es necesario revisar los indicadores que puedan estar relacionados y si uno de ellos deja de ser relevante podría pasar a la otra área.

3.- *Dependen del perfil estratégico:* Las áreas claves de la empresa dependen más del sector industrial al que pertenece que a la estrategia misma de ella.

4.- *Tienen nombre y apellido:* Las áreas denominadas con nombre y apellido le da un valor añadido a la información y permite saber que significa el área. Por ejemplo: un área llamada “comercial” que “posición comercial”.

B) Definición de los indicadores claves:

Estos indicadores deben reflejar la situación de cada área clave, lo que no es recomendable que sean más de cinco indicadores por área. Para definir estos indicadores se deben cumplir los siguientes desafíos.

1.- *Un índice es importante, pero una cifra es más relevante:* La información se expresa en una o varias unidades de medidas. En un cuadro, un índice puede tener dos unidades de medida, lo que facilita la lectura del indicador. “Un cuadro es una mezcla de datos y de índices a conocer y de los cuales la alta dirección requiere tener información”.

2.- *Detectar los indicadores de causa:* Los indicadores se clasifican en reactivos y productivos (Kaplan, clasifica los indicadores en causa y efecto).

Los primeros describen los resultados reales, proporcionan una perspectiva sobre el rendimiento obtenido en la empresa, por lo que se les denomina “indicadores retrospectivos”. Estos utilizados por los altos directivos para evaluar y analizar los resultados reales en relación con el objetivo previsto. El segundo, son preventivos por naturaleza, por lo que anticipan los resultados futuros del sistema y estos pueden ser llamados “indicadores líderes”, por lo que son indicadores líderes del rendimiento futuro de la empresa. Estos indicadores preventivos ayudan a la organización a intervenir en la primera etapa de un proyecto.

3.- *Ponerse distintos sombreros:* esto es integrar distintas perspectivas las que ayudan a tener una visión mas amplia en donde se incluyen perspectivas internas, externas y de largo plazo, siendo los principales sombreros los clientes, proveedores, accionistas, personal, directivos y en alguna oportunidad un socio estratégico.

4.- *Los indicadores tiene que surgir de la experiencia:* Algunos directivos solo se basan en utilizar indicadores que esta acostumbrado a manejar, los que se tratan de analizar y generarles algo de valor agregado y en la medida de lo posible añadir indicadores nuevos, pero no muy diferentes a los utilizados.

5.- *La relación con otros sistemas:* Los cuadros deben ser incorporados al proceso gerencial de arriba abajo, El que es muy importante incorporarlo y que tenga una actualización permanente.

2.1.4.3.6.4. Tipos de Cuadro de Mando

Volviendo al concepto de cuadro de mando, se lo define como un conjunto de indicadores cuyo seguimiento constante permitirá conocer de mejor manera la situación de la empresa. Para ello se comienza identificando las áreas claves, cuyo éxito o fracaso influirán de manera significativa en la continuidad y progreso de la compañía. Los indicadores claves son datos que proporcionan información de la situación de cada área clave, y es a partir de la conformación de áreas e indicadores claves que se puede implementar este instrumento de diagnóstico. Esta herramienta fue creada inicialmente para ser aplicada a la empresa en su conjunto, pero demostró ser aplicable también a un sector o función dentro de la organización, es a partir de las diferentes necesidades de la empresa que se generó la posibilidad de aplicar cuatro tipos de cuadro de mando.

Cuadro de Mando Operativo:

Este cuadro debe entregar información que permita lograr la eficacia y eficiencia de los procesos, por lo tanto, se encarga de controlar la situación de un sector o proceso de la empresa. La información que provee debe servir para generar acciones y decisiones en áreas como finanzas, compras, ventas, producción, etc.

Cuadro de Mando Estratégico:

Brinda información tanto interna como externa, que permiten no llevarse sorpresas respecto a la situación de la empresa, en lo que concierne al posicionamiento estratégico y a largo plazo de la misma.

Cuadro de Mando Integral:

Condensa la información más relevante de los otros tres tableros, a fin de que el equipo directivo de la organización tenga acceso a aquella que refleje la situación integral de ella.

Cuadro De Mando Directivo:

Alberto Ballvé (2002) plantea que *“el cuadro de mando directivo abarca a toda la empresa en su conjunto segmentándola por áreas clave y permitiendo controlar la evolución de cada área a través de indicadores específicos”*.

Denominado directivo, debido a que permite diagnosticar de manera sencilla la situación global de la empresa a través de indicadores de resultados con cifras, coeficientes, porcentajes y todo tipo de indicadores; tomando como base *“lo que no se mide no se controla”*, midiendo aspectos cualitativos o cuantitativos, de corto o largo plazo que se requieran para el control.

Este cuadro es en el que mejor se pueden aplicar metodología de área e indicador para controlar los factores críticos de éxito, el cual debería permitir a la dirección general y a los directores funcionales tener información global de todos los temas claves de la empresa pero a su vez sintetizada en un esquema general, compartido por la alta dirección.

En síntesis Ballvé plantea que los directivos deben tener los indicadores o datos más relevantes de la organización, con una visión amplia aunque sea de forma aproximada, ya que no es bueno tener demasiados indicadores ni tampoco quedar focalizado en conocer uno o dos datos y perder de vista otros que seguramente nos pueden servir. Contrariamente a ello puede que un director este muy metido en la realidad del negocio y que un indicador pueda no añadirle valor e incluso darse cuenta que es erróneo y pueda corregirlo al conocer la situación real de la empresa.

En este caso el dato validará lo conocido o le informará de algo que se le escapó al control por observación directa.

El cuadro de mando tiene la utilidad de formalizar el sistema de información gerencial al más alto nivel y de generar una herramienta que permita la continuidad en el

caso de que un alto directivo se desvincule de la empresa, alineando los sistemas de información operativa con la visión de la alta dirección.

En un tipo de empresa donde son organizadas por unidades de negocio puede existir un cuadro de mando directivo para cada unidad, ya que cada director puede tener muchos procesos y necesitará información clasificada por proceso, por ello podrá requerir un diseño especial en el cuadro.

En variados casos o situaciones es necesario implementar un cuadro de mando directivo, tanto como herramienta estratégica y de apoyo, como para controlar y lograr los objetivos de la organización, situaciones tales como:

☞ **Cada sector se siente dueño de la información**

En frase de Peter Drucker: *“Dentro de la empresa la vieja creencia indica que la información significa poder, y entonces cada uno la atesora. Pero en una empresa exitosa el verdadero poder es combatir la información. Y la verdadera reingeniería, tan de moda actualmente, es aprender a distribuir información”*

El cuadro de mando pretende integrar la información, apoyado de los avances tecnológicos, incentivando a construir bases de datos únicas, donde la información de los temas claves de la empresa este a disposición de todos.

☞ **Existe sobrecarga de información**

Debido a que para estar bien informado hay que leer gran cantidad de información, la que en algunas ocasiones pudiese llegar a ser innecesaria. Por los que la evolución tecnológica ha sido de gran ayuda, por lo que permite analizar y almacenar más datos sobre sus negocios, que para los directores pueden llegar a ser potenciales indicadores para evaluar la gestión.

☞ **Ampliar la visión del negocio**

Como sugiere Eccles: *“Los indicadores financieros, por lo general, representan resultados de procesos, aunque no siempre proporcionan la mejor información*

sobre lo que realmente ocurre detrás de las escenas de estos procesos; o cómo estos procesos están relacionados con otros en el cuadro de final”

Uno de los objetivos del cuadro de mando es ampliar la visión del negocio que tienen las direcciones, ya que uno de los problemas de muchas empresas es el enfoque hacia los resultados financieros. Es necesario para lograr esta apertura mostrar otros indicadores de gestión. A través de esta nueva metodología de indicadores permite controlar, mantener y mejorar los indicadores del negocio, que deberían ayudar a identificar cuales son las mejores prácticas para obtener resultados en el largo plazo.

☞ **Necesidad de alinear la información con los objetivos estratégicos**

Ballvé señala: *“la información del cuadro es un primer paso en el proceso de alineación y debe ser coherente con los objetivos estratégicos. Si bien el cuadro de mando directivo como herramienta de diagnóstico no debería reflejar toda la estrategia, tendría que ser coherente con la misma en el proceso de selección de indicadores. Es una forma de comenzar a alinear”*

☞ **Tener una relación costo-beneficio favorable**

La información obtenida debe generar más valor que los costos que implica recopilarla y distribuirla. El sistema debe ser acorde a las necesidades de la organización, puesto que el recopilar y distribuir información que nadie va a usar representa un costo innecesario.

☞ **Tener que evaluar una empresa**

Se debe evaluar la evolución del cuadro y efectuar comparaciones de los indicadores para evitar tener problemas al final periodo.

2.1.4.3.6.5. EL CUADRO DE MANDO EN EL SECTOR PÚBLICO

Finalmente es necesario añadir y aclarar una variante ineludible para el desarrollo de este Seminario, el que es la aplicación de un cuadro de mando en una institución Pública como es el caso del Hospital Herminda Martín, ya que los enfoques explicados anteriormente se verán modificados en algunos aspectos, aun cuando la idea fundamental sigue siendo la misma.

El cuadro de mando fue ideado como herramienta de control para empresas con fines lucrativos, sin embargo Kaplan y Norton, decidieron adaptar esta herramienta hacia organizaciones del sector público, debido a que como plantea Niven (2003) *“Ni las empresas del sector público ni las sin ánimos de lucro consideran que los buenos resultados financieros son señal de su éxito; en su lugar, su meta es alcanzar altas misiones destinadas a mejorar la sociedad”* y como toda organización siempre están buscando mejoras y herramientas como estas son armas fundamentales para el cambio.

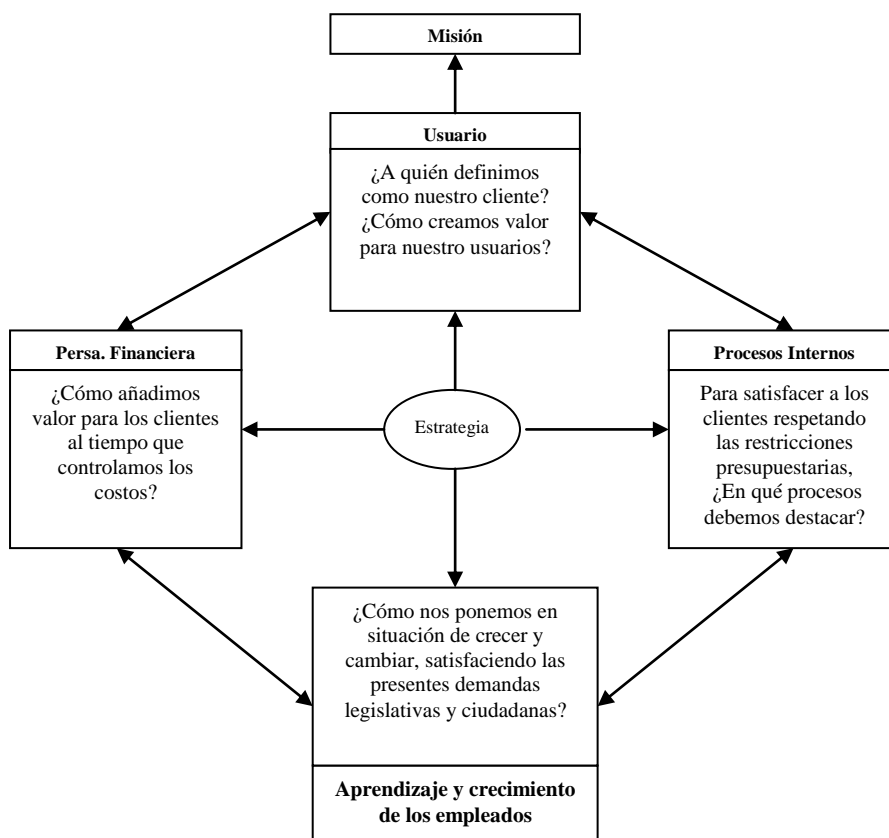
Esta herramienta favorece la transparencia de la gestión pública, ya que al estar estructuradas la relación objetivos-medidas-metas permite que las gestiones realizadas esten bajo un control frecuente sobre logro o desvíos que se esten produciendo.

Además permite desarrollar una cultura más emprendedora en la gestión pública, ya que al tener los objetivos claros, las estrategias bien definidas permiten que todos los que forman parte de la organización trabajen para el logro de un fin único.

Otra ventaja que presenta este sistema de control es que genera un equilibrio entre la acción inmediata y la preparación del futuro, debido a que permite estar alerta a encontrarse con algún desvío en el cumplimiento de los objetivos.

Para implantar un cuadro de mando en la gestión pública es necesario reconfigurar tanto la posición de las perspectivas como el significado de cada una de ellas, es así como en la aplicación original de esta herramienta, al definir una estructura gráfica la perspectiva

financiera es ubicada en la parte superior de la jerarquía, sin embargo para el caso de las instituciones públicas utilizar esta misma escala provoca dificultades, ya que alcanzar el éxito financiero no es el objetivo primordial, frente a esto se planteó la necesidad de ubicar a los usuario en la parte más alta, como se muestra en la siguiente figura:



Cuadro de mando integral del sector público

Fuente: El cuadro de Mando Integral paso a paso, Paul Niven, 2003.

En esa posición la misión comunica a todo el mundo por qué existe y qué es lo que pretende lograr la empresa, ya que además de la ubicación de las perspectivas es necesario centrar los esfuerzos en el logro de los objetivos, las empresas gubernamentales necesitan complementarlos con perspectivas de más alto nivel, capaces de describir el por qué de su existencia y qué es lo que esperan conseguir, es decir, definir claramente su misión. Kaplan y Norton plantean que la colocación de un objetivo muy amplio de una entidad no lucrativa, representa la misión de la organización

Así como la misión se encuentra en la parte superior, la estrategia debe ser el núcleo que esté sobre todas las prioridades para poder lograr con éxito el desarrollo de la misión. El desarrollo de la estrategia debe seguir un camino lo suficientemente eficaz para lograr una correcta definición de ésta y que sea consistente con los objetivos entablados en la misión.

Desde la misión se desprenden una visión de los usuarios, pero ¿quiénes son los usuarios?, se requiere que quienes adoptan el cuadro de mando lo definan, deben trasladarse a la identificación y satisfacción de ellos, en este caso clientes-ciudadanos o usuarios de los servicios prestados por organizaciones gubernamentales. Definir los usuarios de la organización en muchos casos puede ser un problema y para ello se deberán adoptar perspectivas. Es posible que se encuentren diferentes grupos y para cada uno de ellos se deban definir diferentes indicadores en cada perspectiva.

Esta nueva estructura no sólo genera cambios en la importancia que se le da a la Perspectiva del Usuario, nuevo nombre a partir del cambio de prioridades que se genera al aplicar el Cuadro de Mando en una institución pública, sino que desencadena variaciones en las demás perspectivas, de Niven (2003) se desprende que aunque no haya un objetivo financiero final “*los datos financieros siguen teniendo un lugar importante en la estructura general*”. La Perspectiva Financiera debe, en este nuevo contexto, evaluar los costos asociados a la entrega del servicio y relacionarlo con la calidad de éste, con lo cual se podría ver si se está gastando lo debido por la prestación de un servicio en especial; en la práctica puede ser difícil para este tipo de instituciones poner un precio financiero a su trabajo. Sin embargo, la existencia de costos por parte de cada usuario que queda satisfecho, obliga a no dejar de lado la perspectiva financiera. El nuevo enfoque que toma esta perspectiva es de cómo se presenta la empresa a los dueños y cómo utiliza los recursos para la satisfacción de los usuarios.

Respecto a la Perspectiva de los Procesos Internos, lo que se señala se puede resumir básicamente en la siguiente pregunta “*¿cuáles son los procesos internos claves en los que debemos ser excelentes con el objeto de generar valor para nuestros consumidores?*”, dado

el nuevo planteamiento de las perspectivas esta pregunta toma relevancia, debido a que al ser una prestadora de servicios, lo usuarios tendrán una percepción directa de los procesos internos.

Finalmente lo que concierne a la Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo, el enfoque que posee es el mismo que para una institución con fines de lucro, como señala Niven (2003) *“los empleados motivados, con la combinación adecuada de habilidades y herramientas, que trabajan en un clima organizativo pensado para que se produzcan mejoras continuas, son elementos clave para impulsar a los procesos, trabajar dentro de las limitaciones financieras y, en último término, satisfacer a los clientes y cumplir con la misión”*.

A su vez, este nuevo enfoque también tiene sus repercusiones sobre la cadena causa-efecto, debido a que a la hora de establecer las relaciones, se generaran nuevas posiciones de las perspectivas y sus indicadores, puesto que ahora los recursos (financieros y humanos), que antes eran el fin último, ahora representan las herramientas para satisfacer las necesidades de los clientes y lograr así el fin último que es el que encabeza el mapa estratégico de la organización, o sea la misión.

CAPÍTULO III:

**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS INTERNO
DEL HOSPITAL CLÍNICO
HERMINDA MARTÍN**

3.1. LA REFORMA DE SALUD EN CHILE

En los últimos años, la transformación del perfil epidemiológico de la población chilena ha estado relacionada con una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. La primera transformación fue producida en gran medida por los programas de control de natalidad, en tanto que la segunda, donde el sector salud tuvo una gran participación, producida por medio de controlar las enfermedades infectocontagiosas inmunoprevenibles y actuar focalizadamente sobre la mortalidad materna e infantil, habida cuenta del impacto que tuvo en ello el desarrollo socioeconómico del país (expansiva).

En el sistema público de salud chileno se destacan cualidades como la gran cobertura de atención con que se cuenta, lo que ha significado buenos resultados en los indicadores biomédicos. Además, la manera eficaz para actuar en forma coordinada en casos de emergencia, con los pocos recursos con que se cuenta, los que se han podido focalizar y tener un seguimiento en las metas sanitarias programadas. (Sandoval, 2001).

Diversos factores han influido en que 10 millones de chilenos sean usuarios del sistema público de salud. Así, la atención a los pacientes y la percepción que tienen éstos del sistema se ha transformado en un tema prioritario, tanto para las autoridades como para los ciudadanos. En efecto, según la encuesta CEP (diciembre 2001-enero 2002), la salud ocupa el segundo lugar en las preocupaciones de los chilenos, precedida por el desempleo, y seguida por la pobreza y la delincuencia. No obstante, según estudios publicados por la CEPAL a fines de abril de 2001, en los últimos 10 años se ha producido una fuerte caída de eficiencia en la salud. Esta investigación, se señala que mientras el gasto estatal aumentó en un 169% entre 1990 y 1999, el crecimiento efectivo de las prestaciones a la población aumentó sólo en un 22%.

La gestión en salud, en cuanto a las brechas que existen, corresponden a problemas estructurales y de enfoque que poco tienen que ver con una administración coyuntural. Hay también deficiencias para captar los cambios en la demanda de la población y las expectativas de personas con más información. También hay un aumento del nivel

educativo de la población, que tiene más conocimiento de sus derechos, por lo que hay que ser consecuente con la percepción que ellos tienen de los mismos, para satisfacerlos desde un punto de vista epidemiológico y de la satisfacción usuaria. (Sandoval, 2001).

En síntesis hay que realizar un cambio sustancial en el área de la prestación y administración de la atención en salud a los usuarios, que están bien definidas en las políticas sociales de la actual administración, como es la equidad, solidaridad, efectividad, eficiencia y participación social.

La clave del éxito de la Reforma radica en un mejor conocimiento y desempeño en los distintos niveles del Sistema de Salud. Por ello el gobierno propuso una Reforma en Salud conformada por cinco proyectos, hoy leyes de la República: Autoridad sanitaria y Gestión en salud: Régimen de Garantías en salud (AUGE); Ley de Isapres; Deberes y Derechos de las Personas en Salud; y Ley que establece el financiamiento del AUGE y del Programa Chile Solidario.

Dichos proyectos obligan a un cambio profundo en la forma de administrar los recursos, aumentando la eficiencia y eficacia para que sean también sustentables en el tiempo y puedan cumplir con los presupuestos asignados. Esto viene a significar equidad para los usuarios que demanden atención de salud, en donde todos tengan las mismas oportunidades de acceso (Guzmán 2005).

El gobierno de Chile propone proyectos de salud, a través de los cuales desea otorgar cobertura sanitaria a toda la población. Estos proyectos obligan a un cambio profundo en la manera de administrar los cuidados en salud y aumentar la eficiencia y eficacia por parte de los servicios de salud. (IAS, Instituto Administración en Salud. 2003). Logrando una satisfacción usuaria y una ventajas competitivas, para alcanzar sus expectativas en el corto y largo plazo.

Según los datos que arroja la encuesta CEP (diciembre 2001-enero 2002), el 93% de los hospitales atiende a menos de dos pacientes por hora, mientras que la media

internacional es de tres. En el mismo contexto, el programa político del Instituto Libertad y Desarrollo realizó una encuesta telefónica relacionada con la percepción de la ciudadanía sobre la salud en el país. En sus aspectos principales, el trabajo reveló que en el 29% de los encuestados señala que la salud debe ser la principal preocupación del Gobierno, en tanto que un 49% apunta al desempleo como la principal prioridad. (Libertad y desarrollo, 2002).

El otro eje de la reforma es el incremento de la productividad de los recursos humanos, para lo cual se pretende modificar las modalidades de contratación y remuneración vigentes. La dualidad del modelo de salud acota de manera significativa la regulación, desde lo financiero, de elementos que le son endógenos, como el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas. Los cambios entran también en tensión con los marcos presupuestarios vigentes, que inhiben una gestión descentralizada de los recursos. La medición de desempeño ha hecho hincapié en la eficiencia microeconómica más que en la eficacia: para evaluar la calidad, sentido último de la reforma de gestión, están pendientes estandarizaciones de desempeño que permitan medir la calidad del servicio prestado (Guzmán 2005).

Esto nos indica que en el marco de la expansión del gasto en salud y de las mejoras de la equidad, junto con la inserción de un sistema de salud dual, la reforma de la gestión de la salud pública en Chile pretende consolidar una ventaja de costos respecto del sector privado, para así satisfacer las necesidades de la población, y avanzar en el desarrollo del país.

El país requiere mejorar el desempeño de la gestión de su sistema de salud para responder a las necesidades emergentes de la población. Los hospitales de alta complejidad constituyen el nivel superior de este sistema, y concentran equipos profesionales y tecnologías de alta especialización. En la actualidad, los servicios y productos clínicos finales hospitalarios no están identificados, definidos ni caracterizados como tampoco existe un sistema de información con datos homologables que faciliten la comunicación entre los equipos médicos y que permitan establecer comparaciones. En consecuencia, existe una gran variabilidad en la práctica clínica, tanto al interior de cada servicio clínico como entre

establecimientos. Los cambios que la Reforma de Salud también pretende, están orientados a la organización, el modelo de atención y el financiamiento. Sin el adecuado financiamiento las acciones de salud no son posibles. Mantener un equilibrio armónico entre los ingresos y los egresos es indispensable para el desarrollo de cualquier país.

Se puede señalar que es imperativo desarrollar un sistema de evaluación y seguimiento del desempeño de la gestión, lo que permite que exista información comparable y actualizada que sirva para apoyar la toma de decisiones de una gestión orientada a la mejoría de la calidad, productividad y el control del gasto.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN.

El Hospital Clínico Herminda Martín fue construido entre 1941 y 1945, mediante los fondos donados por Doña Herminda Martín Mieres, en cuyo honor lleva su nombre.

Hasta antes de esa fecha en la ciudad sólo funcionaba, como centro asistencial, el antiguo hospital San Juan de Dios, que fue casi completamente destruido por el terremoto de 1939, quedando en pie sólo su capilla, hoy monumento nacional.

El hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, es el hospital base de la provincia de Ñuble, que la conforman 21 comunas y esta catalogado como tipo 1, de alta complejidad. Cuenta actualmente con una superficie construida de 27.000M², su normalización partió en el año 1994, donde se construye la torre quirúrgica, con una superficie de 11.600M², para luego ampliar la construcción en otras etapas agregando normalizaciones de servicios y unidades como Obstetricia y Ginecología, Lavandería, Alimentación, posteriormente en una segunda etapa se construye el ala de las unidades y secciones de Rayos, Laboratorio, y Farmacia, con una superficie de 1.200M² y en una tercera etapa se remodela la unidad de emergencia, se construye los servicios de Neurología, Psiquiatría de corta estadía, y los vestuarios del personal, todo ello en una superficie de 3.000M², con la que en la actualidad el establecimiento tiene una superficie construida de 27.000M².

Esta institución pública esta inmersa en una Red Asistencial conformada por:

- Un hospital tipo 1 (Herminda Martín de Chillán) +
- Un hospital tipo 2 (Hospital San Carlos de San Carlos)
- Cinco establecimientos hospitalarios de baja complejidad tipo 4
- Ocho Consultorios Urbanos (2 en San Carlos, 6 entre Chillán y Chillán Viejo)
- Tres SAPUS*
- Dieciocho Consultorios rurales

* Glosario se encuentra en el Anexo número 1

- Cincuenta y ocho postas y estaciones médicos rurales
- Red Asistencial más compleja inmediata que corresponde al Hospital Clínico de la Ciudad de Concepción distante a 100 Km.

Es un centro de referencia provincial. Actualmente tiene el carácter docente en convenio con la Universidad Católica de la Santísima Concepción, que presta servicios a nivel secundario y terciario.

Su actual dotación de camas es de 515 distribuidas en diferentes servicios tanto clínicos como quirúrgicos.

Su radio de acción se extiende hacia 21 comunas de la provincia, con algunas especialidades como la pediatría que se extiende hacia la provincia del Bío-Bío y del Maule en algunos casos.

El hospital tiene una dotación de recursos humanos de 1.249 funcionarios, de los cuales 187 son médicos; odontólogos y químicos farmacéuticos, y 1.062 conformados por directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares.

En cuanto a sus niveles de producción el hospital muestra antecedentes de aumentos en las prestaciones de salud en los últimos años y sus principales actividades son por ejemplo:

- ✦ Intervenciones quirúrgicas
- ✦ Consultas médicas
- ✦ Egresos hospitalarios
- ✦ Exámenes diversos
- ✦ Promedio de días de estada
- ✦ Índice de letalidad

3.2.1. ANÁLISIS F.O.D.A

Las fortalezas y debilidades consideran el perfil de activos y habilidades con relación a sus competidores, posición tecnológica, identificación de marca, entre otras.

Los valores de una organización son las motivaciones, las necesidades de los directivos clave y del personal que debe implementar la estrategia, las fortalezas y debilidades combinadas con los valores constituyen el límite interno de la empresa, en tanto, el límite externo se define por las oportunidades y amenazas del sector industrial, que determina el ambiente competitivo y las expectativas de la sociedad, que refleja el impacto sobre el hospital, provocando factores en las políticas gubernamentales, intereses sociales, costumbres que emergen, entre otros.

FORTALEZAS

- Constituir el principal centro asistencial de la provincia
- Funcionamiento del Consejo de Desarrollo desde 1997.
- Vocación de servicio y sentido de pertenencia de los trabajadores del hospital.
- Planta física hospitalaria adecuada a las necesidades de la población.
- Diversidad de especialidades médicas, odontológicas, y de otros profesionales.
- Equipo directivo superior cohesionado, con experiencia y formación en gestión.
- Buena relación entre equipos directivos del Hospital Herminda Martín y Servicio Salud Ñuble y de ambos con autoridades regionales y nacionales.

DEBILIDADES

- Déficit financiero estructural
- Déficit gerencial de directivos intermedios.
- Brechas en tecnología informática y en equipamiento médico.
- Clima laboral alterado por autoritarismo, permisivismo y desconfianzas cruzadas.
- Desorden en procesos administrativos y técnicos.

- Políticas comunicacionales y de desarrollo de recursos humanos que resultan insuficientes.

OPORTUNIDADES

- Reforma del sector salud: ley de autoridad sanitaria y ley AUGE.
- Convenios docente asistenciales con diferentes universidades regionales.
- Mejoría en las expectativas de crecimiento económico nacional.

AMENAZAS

- Situación económico-social provincial: mantención de altas tasas de desempleo y pobreza, bajas fuentes productivas.
- Envejecimiento de la población.
- Expectativas desmedidas de los usuarios.

3.2.2. PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA

3.2.2.1. Visión

Llegar a ser uno de los mejores hospitales públicos del país en atender y satisfacer las necesidades de sus usuarios, de acuerdo a la realidad epidemiológica y demográfica de la provincia, y los principios inspiradores de la reforma sanitaria en Chile.

3.2.2.2. Misión

Usuario es nuestro centro.

Por ello, el Hospital Herminda Martín a través de sus trabajadoras (es) y en coordinación con la red asistencial brindará a la comunidad de Ñuble acciones de salud oportunas y de calidad.

3.2.2.3. Valores

Equidad: ofrecer igualdad de oportunidades en el acceso a la atención, de acuerdo a las prioridades sanitarias.

Participación: trabajar en equipo tanto al interior del hospital como con los integrantes de la red asistencial y la comunidad de Ñuble.

Satisfacción usuaria: otorgar un trato amable y oportuno.

Eficiencia: obtener los mejores resultados posibles con los recursos existentes.

Efectividad: entregar medicina basada en la mejor evidencia científica disponible.

3.2.2.4. Objetivos Estratégicos

Los requerimientos para el desarrollo de las múltiples estrategias que deberá desarrollar el Hospital, tanto para lograr su misión y visión.

Se agruparon en cinco “Objetivos Estratégicos”.

- Mejorar la gestión de recursos humanos del hospital
- Mejorar la gestión clínica del hospital y su coordinación con la red asistencial de Ñuble.
- Mejorar la gestión de los recursos físicos y financieros del hospital.
- Mejorar la satisfacción usuaria.
- Fortalecer la gestión directiva y la responsabilidad social del hospital.

3.2.2.5. Estrategias

Se describen las estrategias diseñadas para el logro de cada objetivo, algunas están desagregadas por años, y otras más transversales, se consignan de manera global, pues las metas anuales estarán determinadas por los avances previos y los cambios del entorno.

El presupuesto para financiar el plan se negociará cada año con la Dirección del Servicio de Salud Ñuble, durante diciembre y enero, una vez conocida la ley de Presupuesto de la Nación para el próximo año.

La operativización de cada una de las metas se consigna en el documento “Compromisos de Gestión” que firma la Dirección del Hospital con los jefes de unidades clínicas y de Sub-departamentos del área administrativa. Este proceso se realizó en forma piloto entre enero y marzo del año 2005, y se firmaron en una ceremonia pública en abril. Se espera fijar los compromisos del año venidero durante noviembre y diciembre. A partir del 2006 se realizará una evaluación del semestre inmediatamente anterior y un ajuste de las metas por cada objetivo.

A. Mejorar la Gestión de Recursos Humanos del Hospital

Estrategias:

A.1. Implementar cabalmente la política en cada fase del ciclo laboral: selección, inducción, capacitación, motivación, bienestar, evaluación del desempeño, reemplazos, promoción y desvinculación.

Responsable: SDA y equipo Sub-departamento de Recursos Humanos del HHM.

2006-2010: Difusión y aplicación de las políticas, evaluación anual y sus ajustes. Elaboración participativa del P.A.C.

Indicador: actas de reuniones de evaluación y modificaciones realizadas.

A.2. Resolver la brecha de recursos humanos del hospital.

Responsable: Director, SDA y equipo Sub-departamento de Recursos Humanos del Hospital Herminda Martín.

2006: aplicación del instrumento a cada unidad y definición de la brecha priorizada por estamento. Resolución del 20% de la brecha.

Indicador: % unidades con estudio de brecha realizado. Porcentaje de nuevos puestos de trabajo incorporados.

2007-2010: actualización y resolución de 20% de la brecha restante por cada año, resolviendo el 100% el 2010.

Indicador: % de nuevos puestos de trabajo incorporados por cada año.

A.3. Mejorar las comunicaciones intra-hospitalarias

Responsable: Director, periodista y equipo Subdepartamento de Recursos Humanos del HHM.

2006: implementar el plan; editar el boletín trimestralmente, Completar la intranet del hospital con todos los directivos y la página web del HHM.

Indicador: evidencia de implementación del plan, boletines publicados.

2007-2010: evaluación anual y ajustes del plan, edición del boletín bimensualmente.

Indicador: evidencias del grado de avances y ajustes del plan, boletines publicados.

A.4. Promover el autocuidado en salud de los funcionarios.

Responsable: Director, SDM, SDA. Jefes de Unidades, equipo de RRHH.

2006-2010: implementación de la política, evaluación anual y ajustes.

Indicador: evidencia de su cumplimiento en cada ámbito, % ausentismo por licencias médicas, número de accidentes laborales.

A.5. Mejorar el clima laboral al interior del hospital.

Responsable: Sub-departamento de Recursos Humanos y Jefes de unidades de trabajo de todo el HHM.

2006-2010: realización del estudio y ejecución del plan de intervención en un 20% más de las unidades por año, completando el 100% al 2010.

Indicador: número de estudios realizados y planes definidos, intervenciones realizadas, porcentaje de mejoría del clima laboral post ejecución del plan.

B. Mejorar Gestión Clínica y Coordinación con la Red Asistencial de Ñuble

Estrategias:

B.1. Resolver las brechas para responder adecuadamente a las garantías explícitas en salud de la ley 19.966.

Responsable: SDM, SDA, SDE, Jefes de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.

2006: resolución de las brechas identificadas el 2005 y estudio de las brechas de las nuevas patologías que se incorporan este año.

Indicador: porcentaje de brechas antiguas resueltas y número de nuevas brechas identificadas.

2007-2010: resolución de las brechas identificadas el 2006 y estudio de las brechas de las nuevas patologías que se incorporan cada año.

Indicador: porcentaje de brechas antiguas resueltas y número de nuevas brechas identificadas y con plan de corrección.

B.2. Programar las actividades clínicas en forma anual y coordinadamente con la red asistencial de Ñuble.

Responsable: SDM, SDA, SDE, Jefes Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.

2006-2010: ajuste de la programación en abril y julio y planificación del año venidero en diciembre de cada año.

B.3. Desarrollar la actividad clínica en base a la mejor evidencia científica disponible.

Responsable: SDM, SDE, Jefes Unidades Clínicas, SOME.

2006-2010: implementación de los protocolos y guías clínicas de acuerdo a las nuevas patologías GES e incorporación de dos patologías nuevas por año en cada Servicio/Unidad.

Indicador: número de guías implementadas, porcentaje de cumplimiento de garantías establecidas en la ley 19.966.

En el 2010 deben estar protocolizadas las 10 patologías de mayor prevalencia en cada Servicio/Unidad.

B.4. Evaluar sistemáticamente el trabajo clínico en los distintos servicios y unidades.

Responsable: SDM, SDE, Jefes de Unidades Clínicas, Auditor.

2006-2010: aplicación de la auditoria al 100% de los pacientes fallecidos en el hospital; al 20% de los ingresos; así como a epicrisis, recetas y protocolos operatorios y al 10% de otros documentos relevantes.

Indicador: porcentaje de auditorias realizadas en cada ámbito. Tasas de I.I.H.

B.5. Mejorar los registros clínicos

Responsable: SDM, SDE, SDI, Jefes de Unidades Clínicas, SOME.

2006-2010: implementación del plan, con avances de un 25% por año.

Indicador: porcentaje de avances en la implementación del plan por año.

B.6. Mejorar la referencia de pacientes entre el hospital y los demás centros de mayor y menor complejidad de la red asistencial provincial, regional y nacional.

Responsable: Director, SDM, SDE, Jefes Unidades Clínicas, SOME.

2006: programación de reuniones de especialistas del HHM con médicos generales del SSÑ y de los jefes de Unidades Clínicas del Hospital Herminda Martín con sus pares de los otros hospitales de la 8° región.

Indicador: número de reuniones realizadas con actas (al menos 4 y 4), número de protocolos actualizados.

2007-2010: evaluación anual del plan y ajustes, aumentar al doble el número de reuniones realizadas. Al 2010 se han actualizado los protocolos de todas las especialidades y existe un cronograma formal de reuniones.

Indicador: evidencia de la evaluación y ajustes realizados, número de reuniones realizadas y de protocolos actualizados por año.

B.7. Mejorar la infraestructura, equipamiento y dotación de insumos para lograr una óptima atención

Responsable: Director, SDM, SDA, SDE, SDI, Jefes de Unidades SAF. SASI.

2006: desarrollo de los proyectos de inversión para infraestructura y equipamiento y los estudios de costo para los diversos insumos.

Indicador: proyectos aprobados por MIDEPLAN y postulados al FNDR. Plan de solución de los déficit de insumos aprobados por el Comité de Abastecimiento y de Farmacia del Hospital Hermina Martín y en ejecución.

C. Mejorar la Gestión de Recursos Físicos y Financieros

Estrategias:

C.1. Mantener equilibrio presupuestario y financiero entre ingresos y egresos.

Responsable: Director, SDM, SDA, SDE, Jefes de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo, SAF, SASI, RRHH.

2006-2010: lograr un balance financiero en que la deuda sea igual o menor al presupuesto de dos meses en el ST 22.

Indicador: balance financiero de cada año, deuda ST 22 menor a 60 días.-

C.2. Aumentar los ingresos propios.

Responsable: Director, SDM, SDA, SDE, Jefes de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo, SAF, equipo de pensionado.

2006-2010: iniciar la implementación del Plan de Mejoramiento del Pensionado. Mantener el aumento de 5% de los ingresos propios por los ítems señalados en cada año respecto al anterior.

Indicadores: % de cuentas cobradas: ventas de servicios a otras instituciones; recuperación de subsidios y facturación a Isapres y Compañías de Seguros, respecto del año previo. Evidencia de ejecución del plan del pensionado y aumento de recaudación por esta vía.

C.3. Implementar una política de mantención de equipamiento e infraestructura.

Responsable: SDA, SASI. Jefes de Unidades Clínicas.

2006: implementar una unidad de apoyo que gestione la mantención de los equipos médicos, incorporando el 20% de ellos y el 100% de las ambulancias en el programa de mantención. Pintar el 20% de la superficie del HHM. Presentar proyecto al FNDR para reponer techo y ascensores del edificio antiguo. Crear unidad de mantención de hardware.

Indicador: Unidad de mantención equipos críticos y hardware en funcionamiento, porcentaje de equipos médicos, informáticos, industriales y ambulancias en mantención preventiva; superficie del edificio reparada y pintada. Proyectos presentados al FNDR.

2007-2010: Incorporar el 20% restante de los equipos críticos en el programa de mantención preventiva; reparar y pintar el 20% de la superficie externa del edificio por año, Al 2010 se tendrá todo el HHM pintado y el 100% del equipamiento en mantención preventiva.

Indicador: % de equipos médicos, informáticos e industriales en mantención preventiva por año y superficie del edificio reparada y pintada.

C.4. Implementar centros de responsabilidad

Responsable: SDA, SAF, RRHH, Informática, Jefes de Unidades Clínicas.

2006-2010: transformar cada año en centros de responsabilidad un % por definir de las Unidades Clínicas. Alcanzando un 100% el 2010. Valorización de los costos de los principales productos sanitarios.

Indicador: % de unidades funcionando como centros de responsabilidad por año. Estudios de costos de los productos sanitarios realizados por cada año y área clínica.

D. Mejorar la Satisfacción Usuaría

D.1. Mejorar los procesos de atención desde la óptica del usuario

Responsable: SDM, SDA, SDE, Jefes Unidades Clínicas, O.I.R.S.

2006: implementación de planes de mejora para los principales quiebres detectados. Certificación del hospital en la Carta de Derechos del Paciente.

Indicador: planes de mejora implementados. Certificación por parte de FONASA. Variación respecto de los años anteriores de reclamos y felicitaciones registrados en libro ad-hoc de la OIRS

2007-2010: evaluación y ajustes de al menos una vez al año los planes implementados, de acuerdo a mediciones realizadas periódicamente.

Indicador: evidencia de las evaluaciones y ajustes en cada año. Variación del número de felicitaciones y reclamos realizados en el libro ad-hoc de la OIRS con respecto del año anterior.

D.2. Mejorar la capacidad de respuesta a reclamos formales provenientes de usuarios.

Responsable: Director. SDM, SDA, SDE, Jefes de Unidades Clínicas, OIRS, SASI, RRHH, SOME.

2006-2010: evaluación y ajustes de los planes implementados anualmente.

Indicador: evidencia de las evaluaciones y ajustes realizados en cada año. Porcentaje de respuestas emitidas dentro de los 20 días hábiles siguientes.

D.3. Adecuar la planta física acorde a las necesidades de los usuarios del hospital.

Responsable: SDM, SDA, SDE, OIRS, SASI.

2006-2010: Implementación de planes de mejoramientos para quiebres detectados.

Indicador: evidencia de las mejoras implementadas; así como de las evaluaciones y ajustes realizados cada año en los planes correspondientes.

D.4. Establecer una política eficiente de comunicación y extensión a la comunidad.

Responsable: Director, SDM, SDA, SDE, periodista.

2006-2010: implementación cabal de una Unidad de Relaciones Públicas del Hospital Hermina Martín y evaluación anual del plan de comunicaciones, con sus ajustes correspondientes.

Indicador: evidencia de evaluaciones y ajustes realizados cada año en los planes correspondientes. Unidad de Relaciones Públicas del Hospital Herminda Martín creada.

E. Gestión Directiva y Responsabilidad Social

Responsable: Director, SDM, SDA, SDE, SDI, SAF, SASI, RRHH, SOME, OIRS, RRPP, Auditor, Jefes de Unidades Clínicas.

E.1. Fortalecer los convenios docentes asistenciales con las universidades regionales.

E.2. Adaptar el organigrama del Hospital Herminda Martín a las necesidades de su misión.

E.3. Cumplir con los requisitos para acreditarse como un hospital autogestionado en red.

E.4. Implementar cabalmente el modelo de excelencia hospitalaria en la gestión del establecimiento.

E.5. Crear un sistema de gestión de riesgos legales.

E.6. Resolver las brechas del hospital en el área de contaminación ambiental.

E.7. Implementar cabalmente el plan de emergencias del hospital.

E.8. Desarrollo de una cartera de proyectos de inversión.

2006-2010: evaluación de los avances en cada uno de los procesos y ajustes realizados.

Indicador: la evidencia de los ajustes realizados.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INDICADORES DE GESTIÓN

4.1. CUADRO DE MANDO

Cuadro De Mando Directivo del Hospital Clínico Herminda Martín

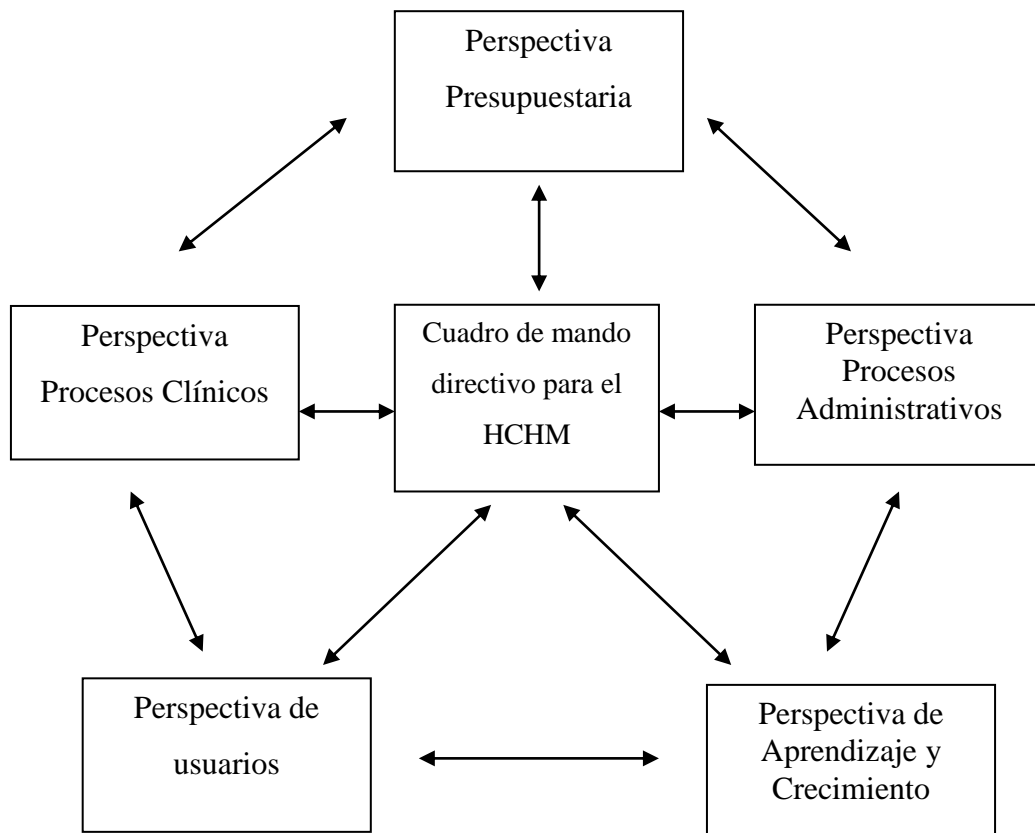
Kaplan y Norton plantean la existencia de cuatro perspectivas claves que deben ser identificadas para la realización de un cuadro de mando, las cuales son: Perspectiva Financiera, Perspectiva de Cliente, Perspectiva de Proceso Internos y Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento, sin embargo dicha clasificación puede ser modificadas según corresponda a la necesidad o realidad de cada institución, esto implica la libertad de poder agregar otra si fuese necesario, o cambiar los nombres de ellas, a fin de hacerlas más significativas para la institución.

En el caso del Hospital Clínico Herminda Martín, las cuatro perspectivas planteadas por Kaplan y Norton fueron modificadas según la realidad de esta institución, a continuación se hace un paralelo para la identificación de éstas:

<i>Perspectiva original</i>	<i>Perspectiva del caso</i>
Cliente	Usuario
Proceso interno	Proceso clínico Proceso administrativo
Financiera	Presupuestaria
Aprendizaje y Crecimiento	Aprendizaje y Crecimiento

Tras el desarrollo y análisis de toda la información obtenida a través de entrevistas y reuniones con el Director y los Sub-Directores del establecimiento, se lograron reconocer las actividades críticas, de las cuales se desprenden los indicadores de gestión, es en esta etapa donde al ser clasificados según las perspectivas, sólo se reconocen cuatro de las cinco perspectivas nombradas anteriormente, las cuales son: Perspectiva del Usuario, Presupuestarias, Proceso Clínico y Proceso Administrativo.

Cuadro de Mando Directivo para el HCHM



Fuente: adaptado de Kaplan y Norton

4.2 CREACION DE INDICADORES DE GESTIÓN

4.2.1 INDICADORES CRÍTICOS

Una vez recopilada y analizada toda la información obtenida por medio de entrevistas con el Director y los Sub-Directores del HCHM, y la revisión de diferentes documentos entre los cuales se encuentran los proyectos y manuales realizados por los entes de la institución, se identificaron 90 actividades principales realizadas por ellos, las cuales se detallan en el anexo 3. Tras este análisis se llegó a la conclusión que dos de estas Sub-Direcciones, Enfermería y Desarrollo Institucional, no se encontraban como una función formal dentro de esta entidad, ya que más bien su desempeño es de apoyo a las otras dos Sub-Direcciones principales del hospital. Por lo que de ese modo se disminuyen a 72 actividades, entre las cuales se realiza una selección y determina cuales tienen carácter de crítica y las que no, ser descartadas.

De cada una de estas actividades críticas, se desprendieron indicadores de gestión, los que fueron analizados y comparados en varias oportunidades para evitar la duplicidad de éstos, luego para poder identificar si pertenecían a primera línea, correspondiente a la Dirección, o segunda línea, correspondientes a las Sub-Direcciones; se integraron aquellos indicadores que tenían alguna relación entre sí, disminuyendo así aun más la gama de actividades, terminando con un total de 25 actividades críticas y cada una de ellas con una batería de indicadores siendo éstos de primera y segunda línea. Por cada batería de indicadores se les designó un título significativo, refiriéndose así desde ahora en adelante a indicadores y no mencionarlos más como actividades.

Para algunas actividades se determinaron indicadores de tercera línea, colocándolos como ejemplo para demostrar que se puede continuar con la desagregación en los diferentes sub-niveles.

Posteriormente, cada uno de estos indicadores se debe incluir en la perspectiva que corresponda, encontrando sólo cuatro perspectivas de las cinco nombradas al principio,

siendo estas la perspectiva presupuestaria, de usuario, de proceso clínico y por último la de proceso administrativo.

Para cada indicador se debieron establecer metas y objetivos, los cuales fueron definidos en conjunto con el Director y los Sub-Directores del hospital, según correspondiera. Así mismo, los rangos de aceptación del logro de la meta, se acordaron en diversas reuniones realizadas con ellos.

A continuación se muestra la lista con los nombres de los indicadores:

Indicadores

- Presupuesto de operación
- Evaluación de actividades
- Evaluación programas de inversión
- Presupuesto programas de inversión
- Evaluación de objetivos
- Programas del establecimiento
- Programa de auditoria
- Planes de mejoras físicas
- Entrega de informes
- Consultas usuarios
- Implementación Nuevas Prestaciones
- Programa hospitalización
- Recursos físicos
- Actividades clínicas y quirúrgicas
- Presupuesto del arsenal farmacológico.
- Gestión financiera
- Ingreso de hospitalización
- Presupuesto de hospitalización
- Mantenciones preventivas y reparativas
- Presupuesto anual de salud

- ❑ Programa anual de costo de insumos básicos
- ❑ Programa anual de compras de Bienes y servicios
- ❑ Evaluación licencias médicas.
- ❑ Evaluación los Recursos humanos.
- ❑ Respaldo financiero

Con dicha información se logró establecer una serie de datos que son de importancia en el control de la gestión, los que serán presentados en una matriz o plantilla y una cascada del indicador, a modo de diagrama.

4.2.1.1 Plantilla para cada indicador

Esta plantilla se realizó para que los usuarios puedan acceder de manera más fácil a las definiciones de cada indicador e identificar de manera rápida a él o los responsables y obtener las fuentes de información correspondientes. Se formuló en base a los datos que se consideraron relevantes.

A continuación en la se muestra un diseño de la plantilla:

Título		
Actividad		
Perspectiva		
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea		
2° Línea		
3° Línea		
Objetivo		
Meta		
Periodicidad		
Responsable		
Fuente de información:		
Rango:		
		

Fuente: Elaboración propia

En la figura se muestra como el indicador está asociado a una actividad y a que perspectiva corresponde. Luego el indicador se desglosa o subdivide de acuerdo al nivel que corresponda, en este caso se observan tres niveles:

1° Línea: El indicador es dirigido a la Dirección.

2° Línea: El indicador de 1° línea se desagrega y es dirigido a las Sub-Direcciones.

Cabe destacar que en esta plantilla tipo esta indicada una 3° línea en los niveles de indicadores, sin embargo para el objeto de estudio este tercer nivel no es considerado y es más bien mencionado a modo de ejemplo, para señalar que los indicadores se pueden seguir desagregando según las diversas actividades realizadas por los centros de responsabilidad a

cargo de las Sub-Direcciones. Junto con el nivel del indicador se muestra el destinatario de dicha información y la fórmula con la cual se realiza el cálculo.

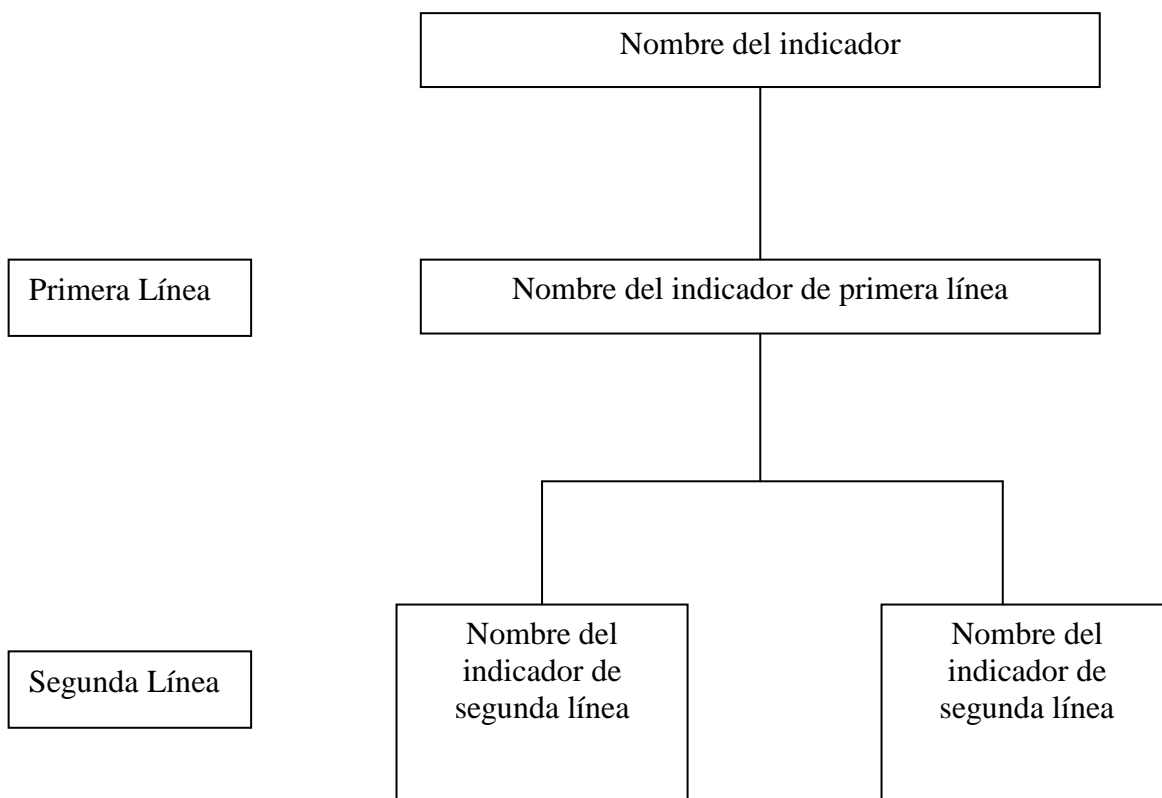
Posterior a eso, se puede observar el objetivo que atañe al indicador, la meta que se persigue y la periodicidad con la cual se controla. Está definido además en ella el responsable y las fuentes de información para el indicador.

Por último, se expresan los rangos que implican el resultado del indicador, en este punto se establecen tres parámetros para identificar el comportamiento de cada uno de estos. El primero de ellos de color verde, refleja que el resultado obtenido es satisfactorio; el color amarillo significa que se debe establecer una alerta, por que algo esta fallando pero aun no es peligroso el nivel, se puede considerar poco satisfactorio el resultado; el color rojo indica que se deben encender las señales de alerta puesto que no se ha cumplido o los resultados no han sido satisfactorios.

4.2.1.2. Cascada Del Indicador

La cascada del indicador se realiza para que la conexión de cada nivel del indicador, sea visiblemente más fácil de entender para los que va destinado dicha investigación.

En la figura que se muestra a continuación se observa un ejemplo de la cascada, siendo en este modelo la más común, una con dos niveles, ya que son estos dos niveles los objetos de estudio, las que tienen tres niveles son sólo ejemplos de cómo debieran quedar con más líneas.



Fuente: Elaboración propia

4.3. Perspectivas

Los indicadores se clasificaron en diferentes perspectivas, los cuales fueron analizados más profundamente en una matriz, pudiendo obtenerse de cada uno una cascada en donde se ve gráficamente la relación que hay de un nivel a otro.

4.3.1. Perspectiva Presupuestaria:

En esta perspectiva se analizan todos los indicadores que tengan relación la maximización de los recursos monetarios. Estos indicadores buscan lograr la eficiente distribución de los recursos existentes.

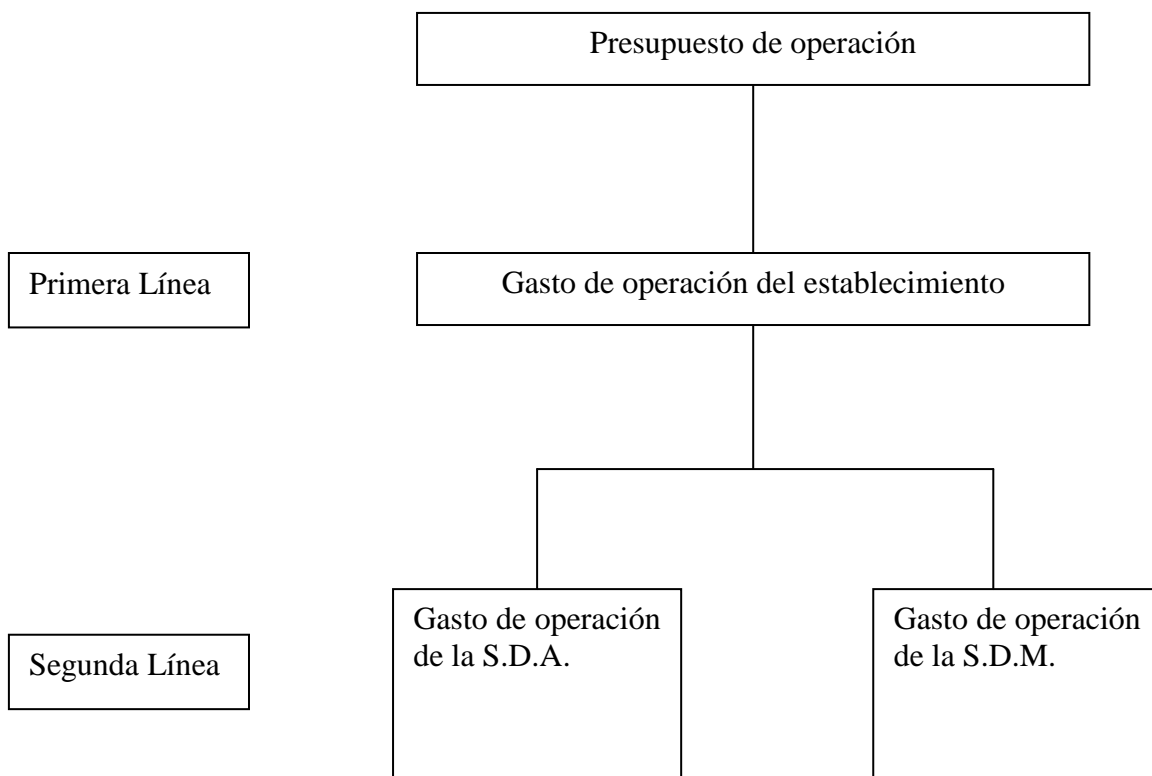
Dentro de esta perspectiva encontramos los siguientes indicadores:

1. Presupuesto de operación
2. Presupuesto programas de inversión
3. Presupuesto del arsenal farmacológico
4. Gestión financiera
5. Presupuesto de hospitalización
6. Presupuesto anual de salud
7. Programa anual de costo de insumos básicos
8. Programa anual de compras de Bienes y servicios
9. Respaldo financiero



1. Presupuesto de operación:

Este indicador consiste en evaluar el presupuesto de los gastos de operación, tanto de los centros de responsabilidades como del establecimiento, detectando algún tipo de diferencia, ya sea por consecuencia de que no se está utilizando de forma eficiente el dinero o porque el presupuesto está mal estipulado y calculado.

1.1. Cascada del indicador



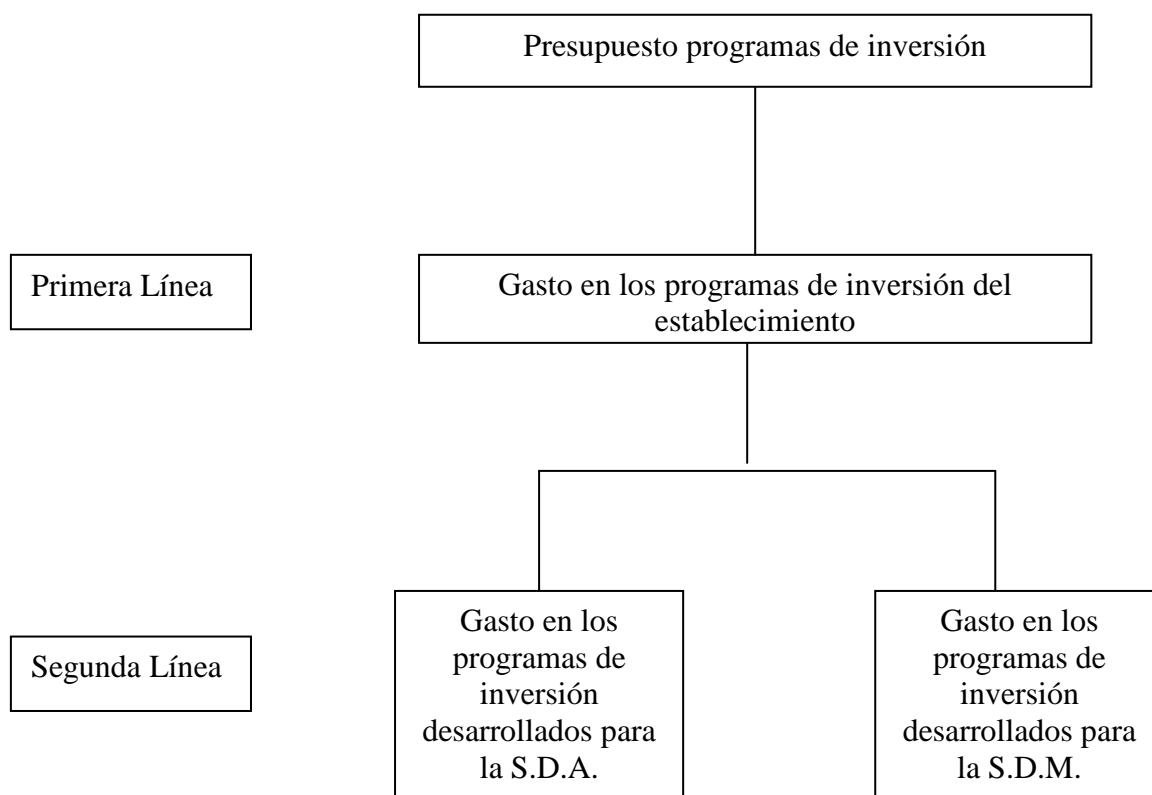
1.2. Matriz del indicador

Título		Presupuesto de operación
Actividad		Evaluar el presupuesto de operación del establecimiento y de los centros de responsabilidades.
Perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Gasto de operación del establecimiento en el mes</u> Presupuesto de operación del establecimiento para el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>Gasto de operación de la S.D.A. en el mes</u> Presupuesto de operación de la S.D.A. para el mes
2° Línea	S.D.M.	<u>Gasto de operación de la S.D.M. en el mes</u> Presupuesto de operación de la S.D.M. para el mes
Objetivo		Que los gastos durante el mes no superen la cantidad de recurso presupuestado.
Meta		Que los gastos reales sean iguales a los gastos presupuestados durante el mes.
Periodicidad		Mensual
Responsable		Departamento de administración y finanzas
Fuente de Información:		Sistema de información de gestión financiera del estado
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 




2. Presupuesto programas de inversión:

En esta actividad se evalúan los presupuestos de los programas de inversiones del establecimiento y de los programas de inversión de los centros de responsabilidades, con la finalidad de que los recursos tengan una correcta aplicación en el desarrollo de dichos programas. La fuente de información necesaria para evaluar esta actividad se obtiene del Sub-departamento de finanzas y del sistema de información de gestión financiera del estado.

2.1. Cascada del indicador



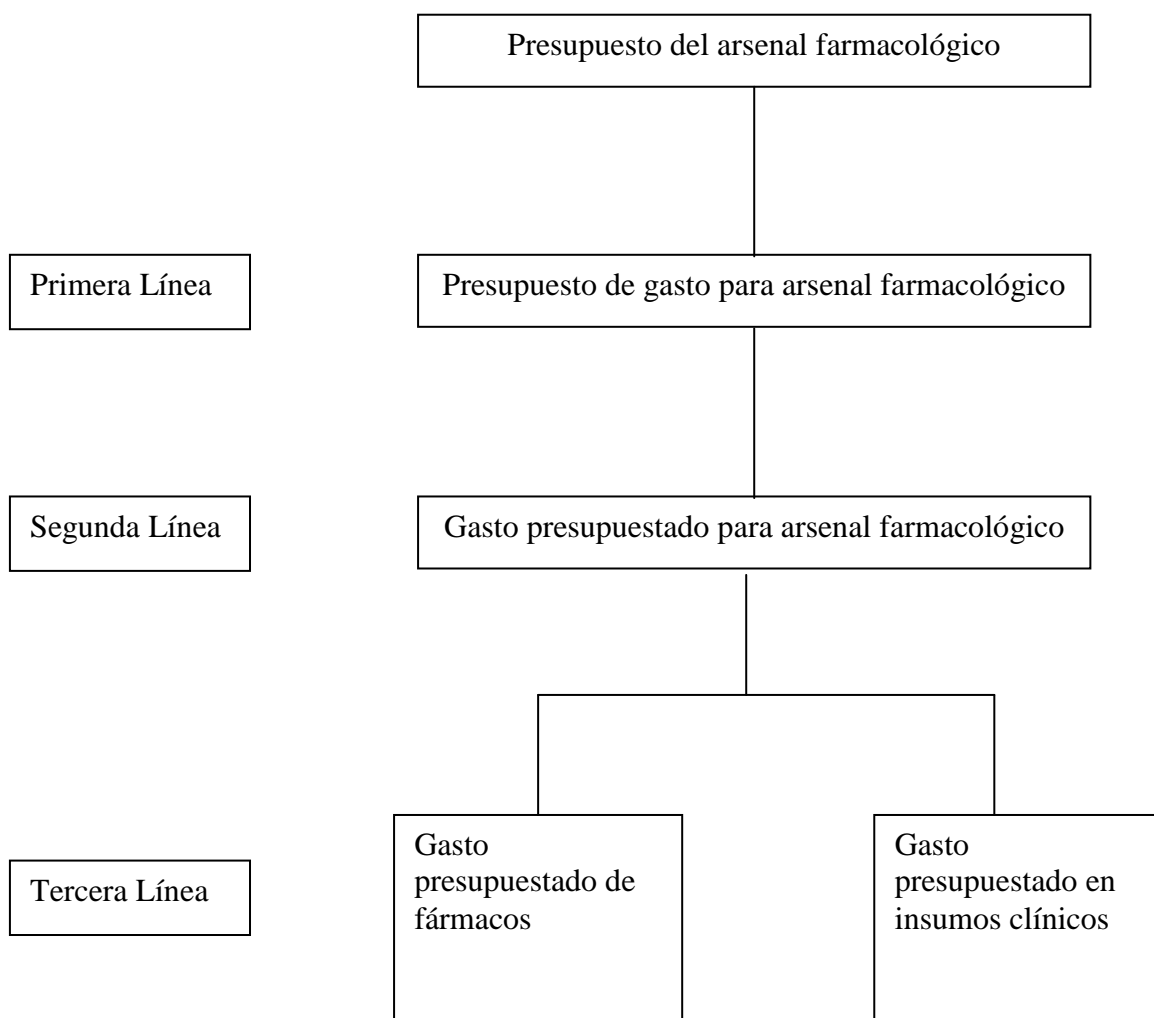
2.2. Matriz del indicador

Título		Presupuesto programas de inversión
Actividad		Evaluar el presupuesto para los programas de inversión.
Perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Gasto en los programas de inversión del establecimiento en el mes</u> Presupuesto para los programas de inversión del establecimiento en el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>Gasto en los programas de inversión desarrollados para la S.D.A. en el mes</u> Presupuesto de los programas de inversión proyectados para la S.D.A. en el mes
2° Línea	S.D.M.	<u>Gasto en los programas de inversión desarrollados para la S.D.M. en el mes</u> Presupuesto de los programas de inversión proyectados para la S.D.M. en el mes
Objetivo		Evaluar los presupuestos de inversión para una correcta aplicación de recursos.
Meta		Que las inversiones desarrolladas tengan un 100% de financiamiento.
Periodicidad		Mensual
Responsable		Departamento de finanzas
Fuente de Información:		SIGFE Departamento de finanzas
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 


3. Presupuesto del arsenal farmacológico

Con este indicador se persigue obtener un correcto uso de un factor tan importante como lo es el arsenal farmacológico, ya que cualquier anomalía o resultado no satisfactorio puede generar efectos de grandes magnitudes en el cumplimiento de los programas relacionados con atención de usuarios.

3.1. Cascada del indicador



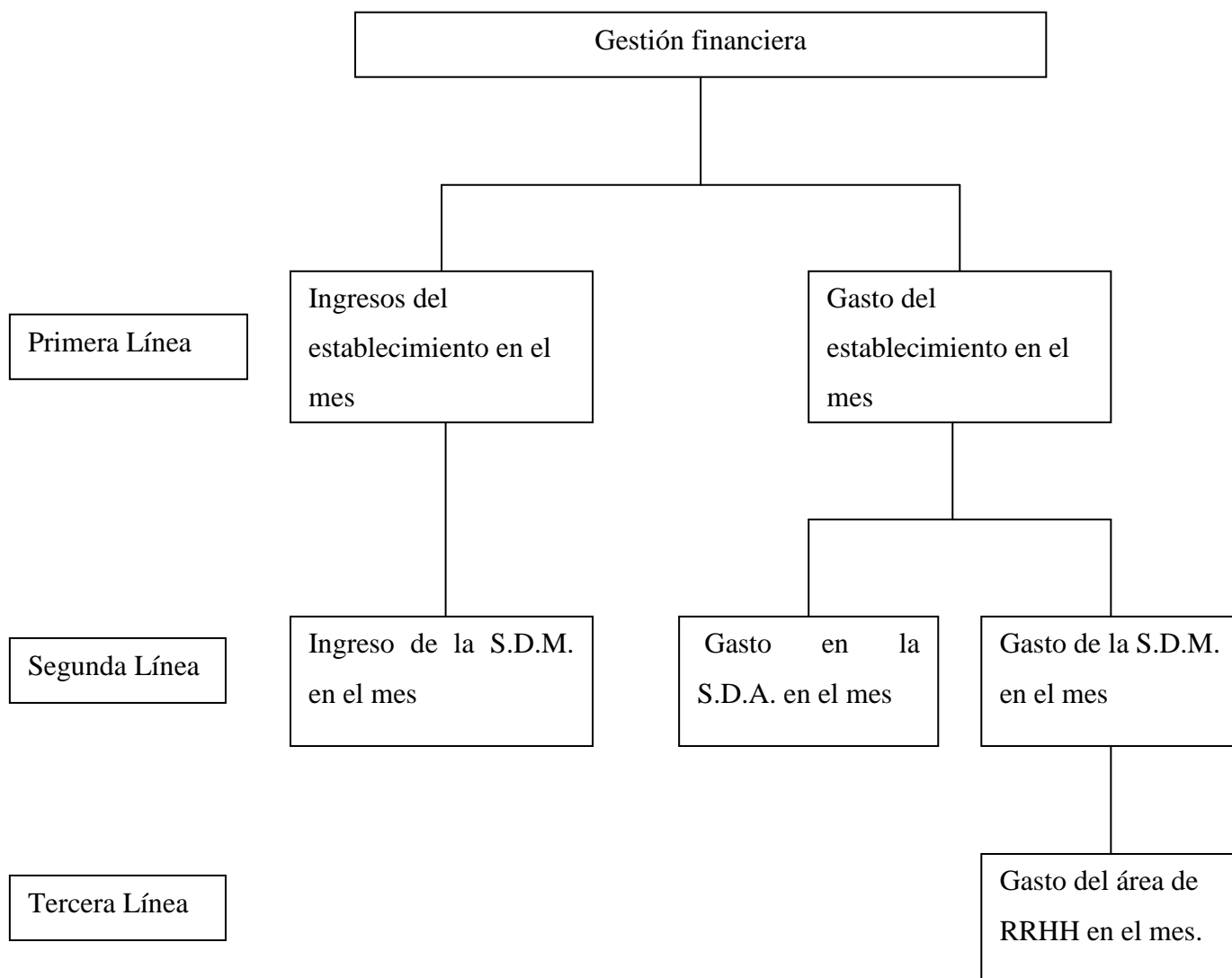
3.2. Matriz del indicador

Título		Presupuesto del arsenal farmacológico.
Actividad		Evaluar el presupuesto del arsenal farmacológico
Perspectiva		Procesos clínicos
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Gasto en el arsenal farmacológico en el mes</u> Presupuesto para el arsenal farmacológico en el mes
2° Línea	S.D.M.	<u>Gasto en el arsenal farmacológico en el mes</u> Presupuesto para el arsenal farmacológico en el mes
3° Línea	S.D.M.	<u>Gasto real en fármacos comprados en el mes</u> Presupuesto para fármacos en el mes
3° Línea	S.D.M.	<u>Gasto en insumos clínicos utilizados en el mes</u> Presupuesto para insumos clínicos mes
Objetivo		Que lo gastado corresponda a lo presupuestado en el mes
Meta		Que la relación entre el gasto y el presupuesto sea igual a 1
Periodicidad		Mensual
Responsable		SAF
Destinatario		S.D.M.
Fuente de Información		C. R. Farmacia
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 




4. Gestión financiera

La gestión financiera refleja los movimientos de ingresos y gastos del establecimiento y de cada centro de responsabilidad según corresponda, fijando los marcos presupuestarios para cada uno de ellos.

4.1. Cascada del indicador



4.2 Matriz del indicador

Titulo		Gestión financiera
Actividad		Evaluación de la gestión financiera del establecimiento y de los centros de responsabilidades a su cargo.
perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Ingresos reales del establecimiento en el mes</u> Presupuesto de ingreso del establecimiento para el mes <u>Gasto real del establecimiento en el mes</u> Presupuesto de gasto del establecimiento para el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>Gasto utilizado en la S.D.A. en el mes</u> Presupuesto de Gasto para la S.D.A. para el mes
2° Línea	S.D.M.	<u>Ingreso de la S.D.M. en el mes</u> Presupuesto de la S.D.M. para el mes <u>Gasto de la S.D.M. en el mes</u> Presup. gasto de la S.D.M. para el mes
3° Línea	RRHH	<u>Gastos reales del área RRHH en el mes</u> Presupuesto de gasto del área RRHH para el mes
Objetivo		Que los gastos reales no sean mayores a los gastos presupuestados
Meta		Que la tasa de los ingresos y gastos v/s presupuestos sea igual a 1
Periodicidad		Mensual
Responsable		Departamento de finanzas RRHH
Fuente de información:		Chile Compra SIGFE
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

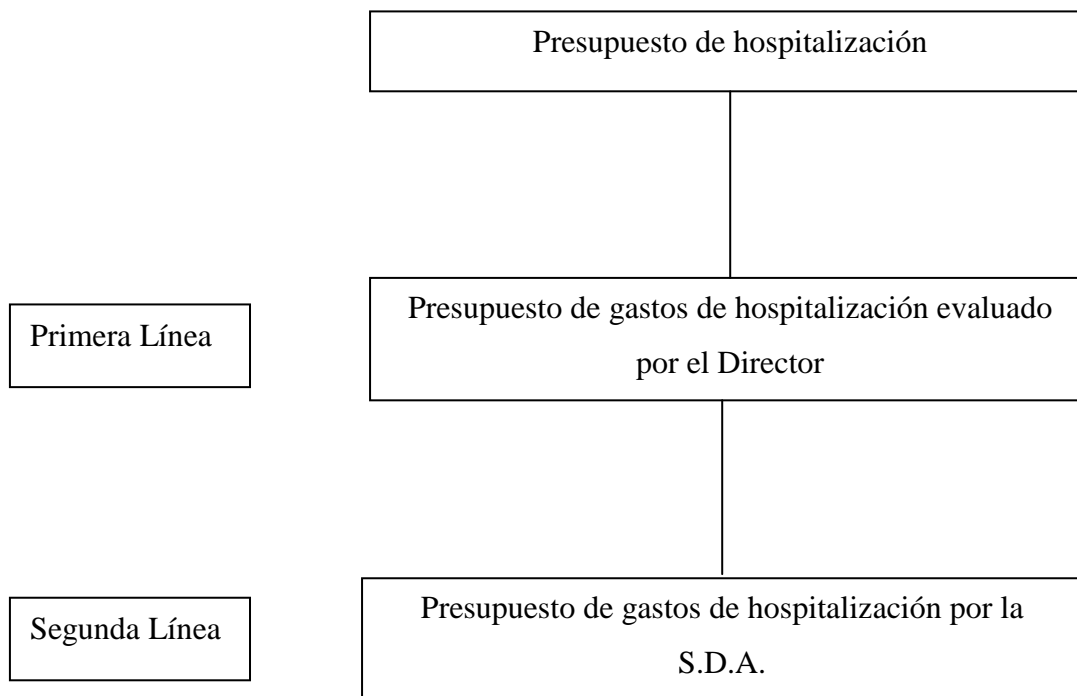
5. Presupuesto de hospitalización.

Este presupuesto depende de la Sub-Dirección Administrativa, para ser más preciso del departamento de finanzas, en donde se ve la disponibilidad de recurso financiero para el mantenimiento del paciente hospitalizado y el costo que esto conlleva.




Para la realización de este presupuesto se utiliza información del SOME, el que entrega estadísticas de cuantos pacientes pueden hospitalizarse en un tiempo determinado, para luego el departamento de finanzas disponga los recursos necesarios para ello.

Este presupuesto luego de ser evaluado por la Sub-Dirección Administrativa, es presentado al Director para que éste lo apruebe.

5.1 Cascada del indicador



5.2 Matriz del indicador

Título		Presupuesto de hospitalización.
Actividad		Evaluar el presupuesto anual de hospitalización del establecimiento (vía normal).
perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Gastos de hospitalización del establecimiento utilizados en el mes</u> Presupuesto de hospitalización del establecimiento programados para el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>Gastos de hospitalización utilizados en el mes</u> presupuesto de hospitalización programados para el mes
Objetivo		Una distribución eficiente de los recursos monetarios
Meta		Que el gasto de hospitalización del mes sea igual al presupuestado
Periodicidad		Mensual
Responsable		Departamento de finanzas SOME
Fuente de información:		Sistema de información propio (Informático)
Rango		
1 a 0.90	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		

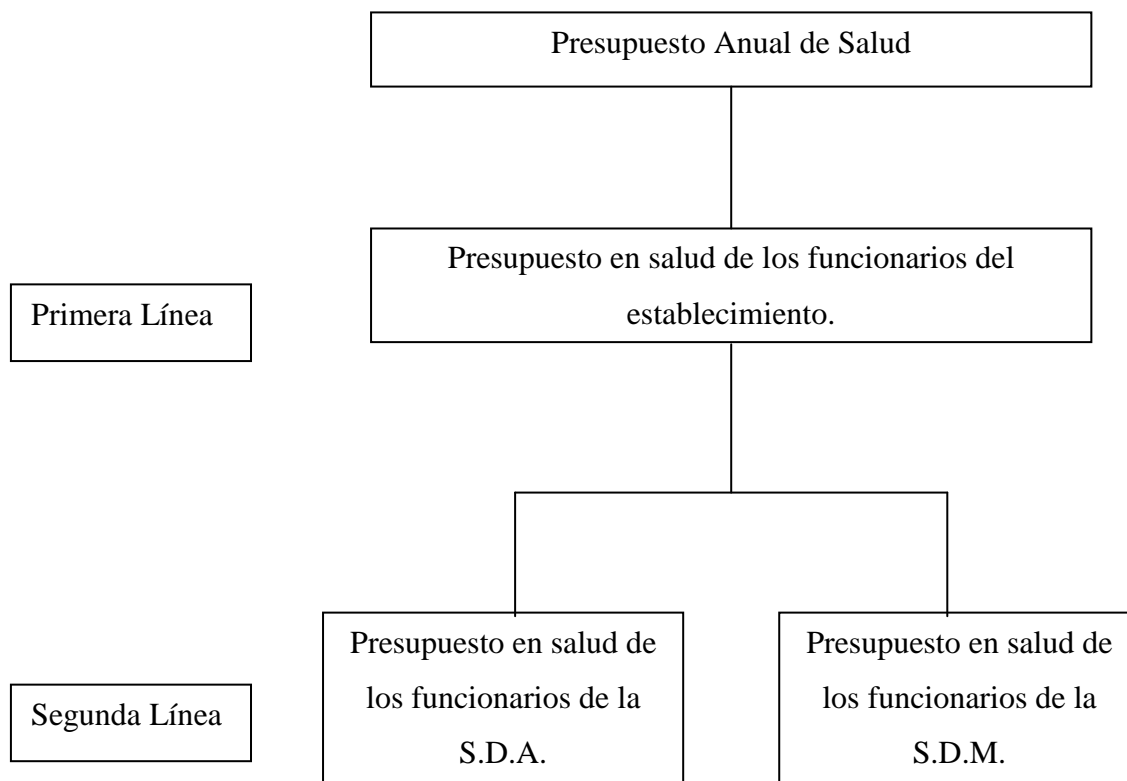
6. Presupuesto anual de salud

Este indicador es referente al gasto que tiene la institución en salud de sus funcionarios, en relación al bienestar de los trabajadores, ya sea para enfermedades comunes y/o profesionales.




Sabiendo que las enfermedades profesionales, son las que se les generan a los trabajadores según la actividad que desarrollen dentro del establecimiento.

Este presupuesto es principalmente para aquellas enfermedades profesionales, las cuales tiene que hacerse cargo el establecimiento, para realizarles a los funcionarios todo tipo de exámenes y tratamientos que conlleva dicha enfermedad.

6.1 Cascada del indicador



6.2 Matriz del indicador

Título		Presupuesto anual de salud
Actividad		Evaluar el cumplimiento del presupuesto anual de salud para los funcionarios.
perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Gasto de salud de los funcionarios del establecimiento realizado en el trimestre</u> Presupuesto de salud para los funcionarios del establecimiento para el trimestre
2° Línea	S.D.A.	<u>Gasto de salud de los funcionarios de la S.D.A. realizado en el trimestre</u> Presupuesto de salud para los funcionarios de la S.D.A. para el trimestre
2° Línea	S.D.M.	<u>Gasto de salud de los funcionarios de la S.D.M. realizado en el trimestre</u> Presupuesto de salud para los funcionarios de la S.D.M. para el trimestre
Objetivo		Que los funcionarios tengan una protección en salud para su mejor cumplimiento laboral
Meta		Que el gasto no sea superior al presupuestado
Periodicidad		Trimestral
Responsable		SIGFE
Fuente de información:		Sistema de información propio (Informático)
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

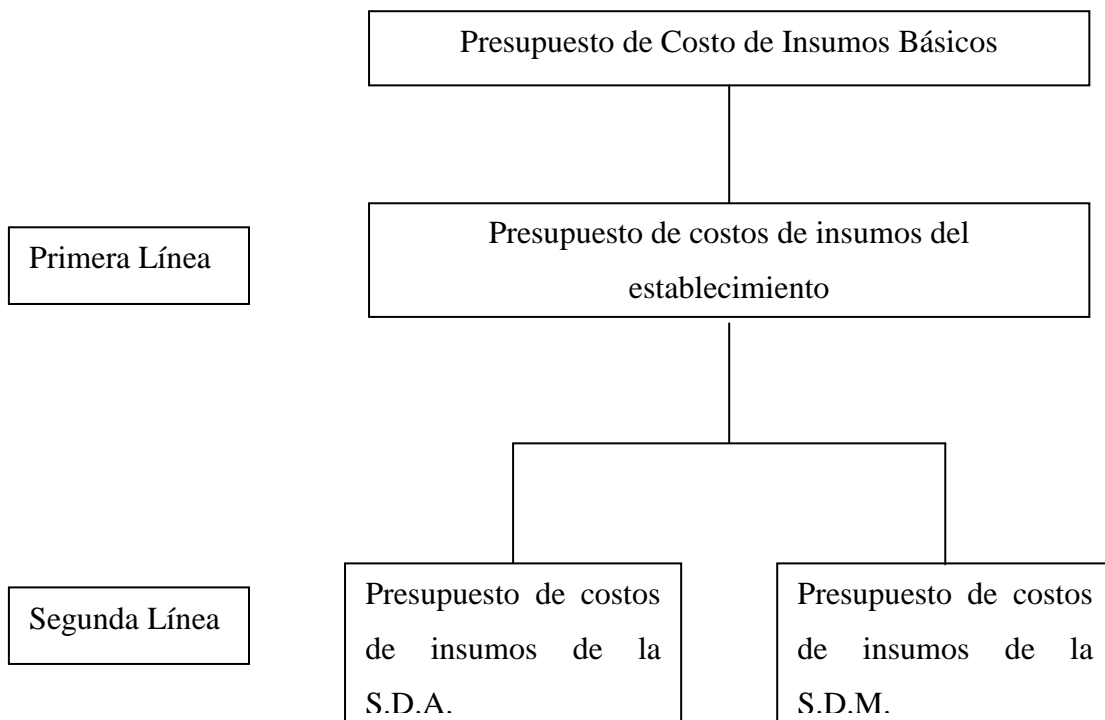
7. Presupuesto de costo de insumos básicos

Estos insumos básicos están relacionados con todos los recursos energéticos con los que cuenta el establecimiento, sean estos el agua potable, la electricidad, calefacción, entre otros.

Este indicador consiste en analizar los costos que tuvo el establecimiento años anteriores para realizar un presupuesto para el año entrante, con el fin de que la institución cuente con los recursos necesarios para su funcionamiento durante el año para la entrega de un servicio de calidad a los usuarios.

La forma de evaluación, va consistir en analizar los gastos presupuestados para el mes con el gasto real que lleve el establecimiento y las dos Sub-Direcciones en ese tiempo.

7.1. Cascada del indicador



7.2 Matriz del indicador

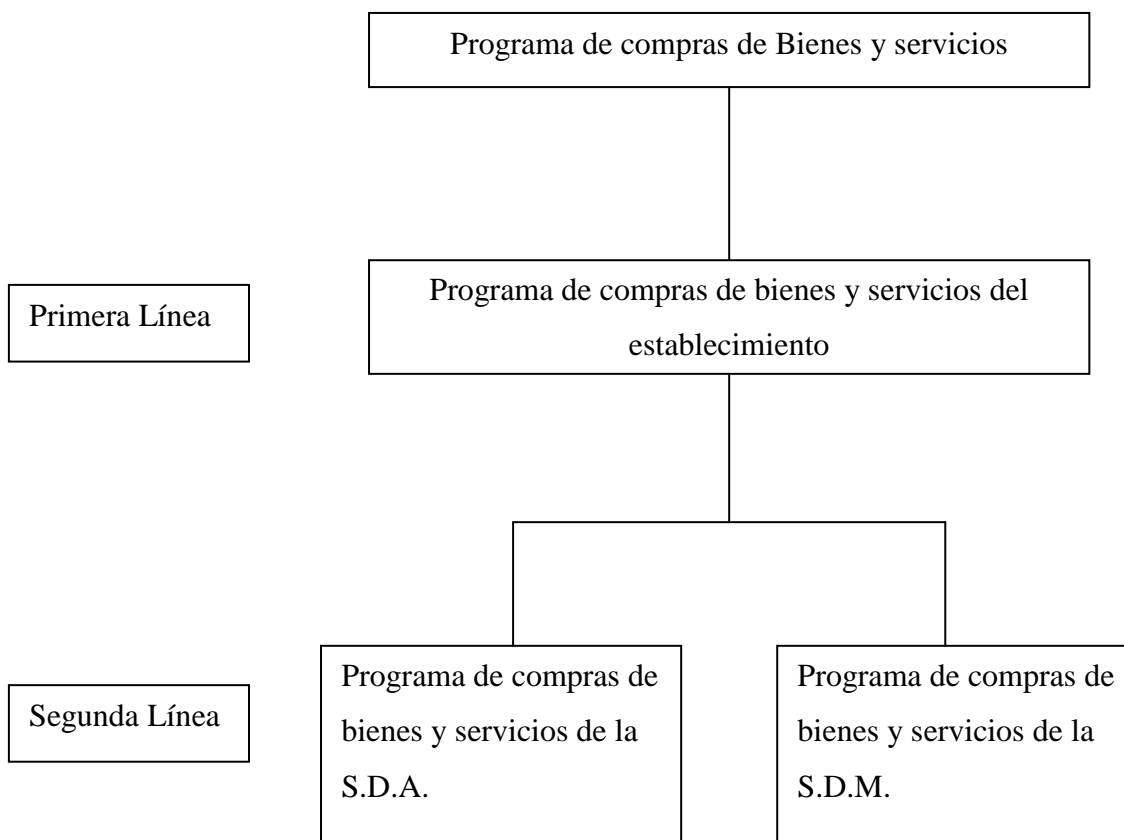
Título		Presupuesto de costo de insumos básicos
Actividad		Evaluar el presupuesto anual de costos de insumos básicos (electricidad, agua potable, telefónico, etc.).
perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Costos de insumos utilizados en el establecimiento en el mes</u> Costos de insumos presupuestados en el establecimiento para el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>Costos de insumos utilizados en la S.D.A. en el mes</u> Costos de insumos presupuestados en la S.D.A para el mes
2° Línea	S.D.M.	<u>Costos de insumos utilizados en la S.D.M en el mes</u> Costos de insumos presupuestados en la S.D.M. para el mes
Objetivo		Que el establecimiento disponga de insumos básicos necesarios para su buen funcionamiento y una eficaz atención a los usuarios.
Meta		Disponer de insumos básicos necesarios para el buen funcionamiento del hospital sin superar el presupuesto.
Periodicidad		Mensual
Responsable		SAF
Fuente de información:		SIGFE
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

8. Programa anual de compras de Bienes y servicios




Consiste en programar las compras de Bienes y servicios de consumo para el establecimiento y por Sub-Dirección, según corresponda la necesidad de estos y ajustándose al presupuesto designado para dichas compras en el año.

Este programa es realizado por cada centro de responsabilidad y entregado a la Sub-Dirección Administrativa para que los evalúe y presente al Director, siendo este último el que lo apruebe.

8.1 Cascada del indicador



8.2 Programa de compras de bienes y servicios.

Título		Programa de compras de Bienes y servicios
Actividad		Evaluar el programa anual de compras de bienes y servicios de consumo.
perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Compra de bienes y servicios reales del establecimiento en el mes</u> Compra de bienes y servicios presupuestados en el establecimiento para el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>Compra de bienes y servicios reales en la S.D.A. en el mes</u> Compra de bienes y servicios presupuestados en la S.D.A para el mes
2° Línea	S.D.M.	<u>Compra de bienes y servicios reales en la S.D.M en el mes</u> Compra de bienes y servicios presupuestados en la S.D.M. para el mes
Objetivo		Optimizar los recursos monetarios, con compras de bienes y servicios necesarios.
Meta		Que la compra real sea igual a la presupuestada
Periodicidad		Mensual
Responsable		SAF
Fuente de información:		SAF Servicio de Abastecimiento
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

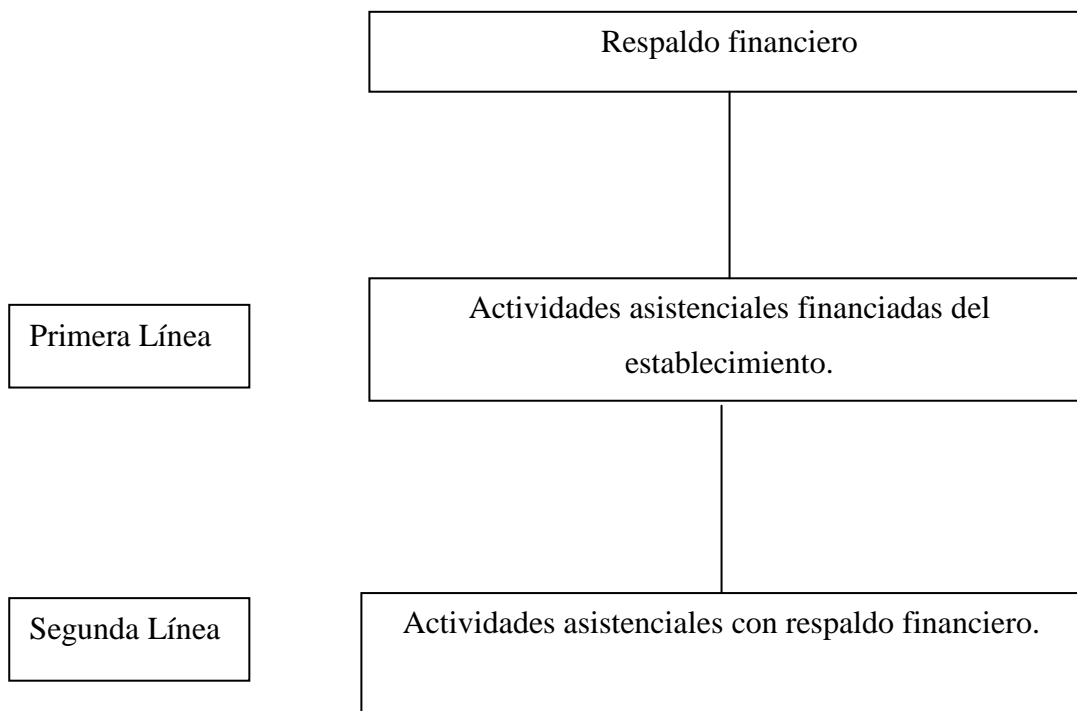
9. Respaldo financiero

Este indicador consiste en evaluar que todas las actividades asistenciales que realice el hospital tengan un respaldo financiero para su eventual desarrollo.




El respaldo financiero consiste en que las entidades interesadas en los servicios prestados por el hospital paguen por dichos servicios, como por ejemplo FONASA.

El Sud-Director Administrativo vela por que esto se cumpla, para luego entregar un informe al Director con los detalles de los servicios entregados y el respaldo financiero de éstos y siendo este último el que realice las evaluaciones correspondientes.

9.1 Cascada del indicador



9.2 Matriz del indicador

Título		Respaldo financiero
Actividad		Evaluar el respaldo financiero de las actividades asistenciales programadas.
perspectiva		Presupuestaria
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>Act. asistenciales financiadas en el establecimiento en el trimestre</u> Act. asistenciales presupuestadas en el establecimiento para el trimestre
2° Línea	S.D.A.	<u>Act. asistenciales financiadas en el trimestre</u> Act. asistenciales presupuestadas para el trimestre
Objetivo		Que todas las actividades tengan un respaldo financiero
Meta		Que las actividades financiadas sean iguales a las presupuestadas
Periodicidad		Trimestral
Responsable		Departamento de finanzas
Fuente de información:		SOME SAF
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

4.3.2.- Perspectiva Procesos Clínicos

Los procesos clínicos son aquellos relacionados con los servicios y productos que entrega el establecimiento, en este punto se analizarán aquellos indicadores críticos que tengan relación directa con un correcto proceso productivo.

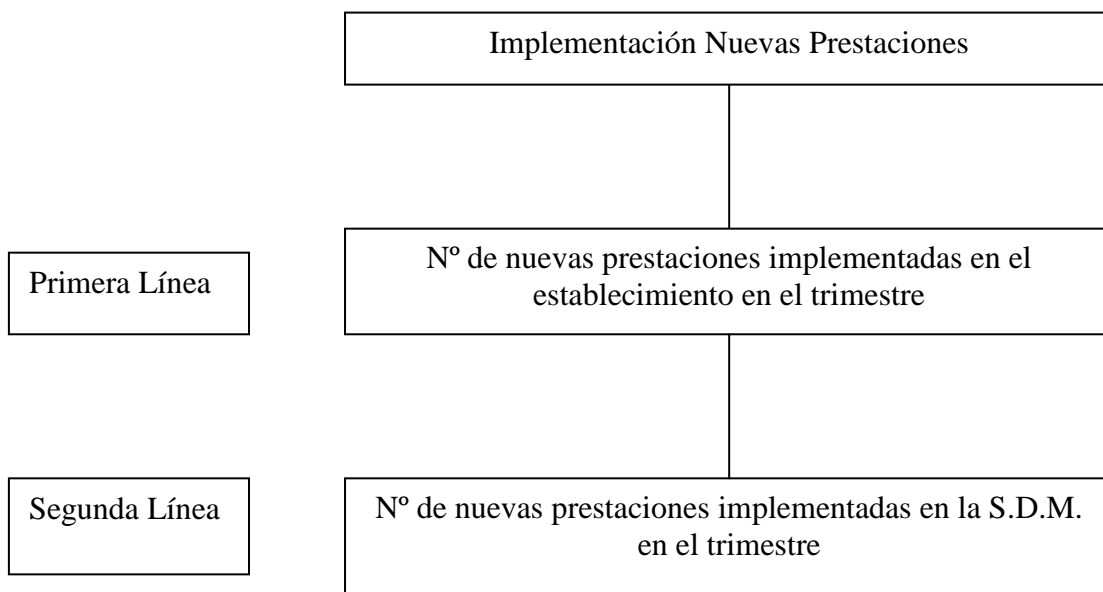
1. Implementación Nuevas Prestaciones
2. Programa hospitalización
3. Recursos físicos
4. Actividades clínicas y quirúrgicas

1. Implementación Nuevas Prestaciones




Los cambios vividos en la sociedad han afectado en todas las áreas a las personas, es así como año a año se van haciendo necesarias nuevas prestación que ayuden a mejorar la atención a los usuarios.

Es necesario llevar una constante evaluación de las acciones de implementación de las nuevas prestación asociadas a los compromisos con el gestor de red y Sub-Secretaría de red.

1.1 Cascada del indicador



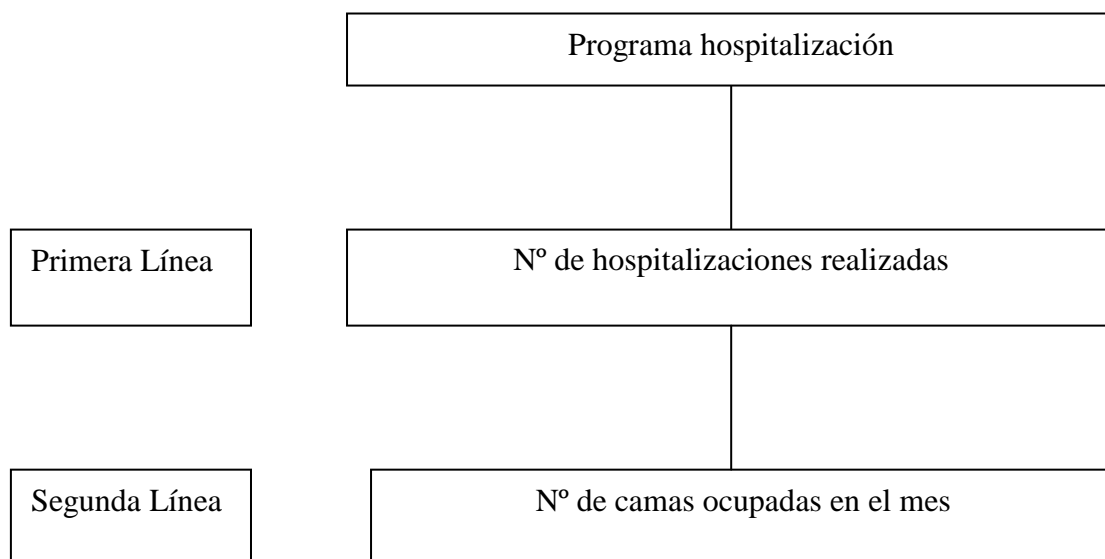
1.2 Matriz del indicador

Título		Implementación Nuevas Prestaciones
Actividad		Evaluar las acciones de implementación de nuevas prestaciones asociadas a los compromisos con el gestor de red y subsecretaría de red.
Perspectiva		Proceso Clínico
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Gestor de Red Sub-Secretaría de Red	<u>N° de nuevas prestaciones implementadas en el establecimiento en el trimestre</u> N° de nuevas prestaciones programadas para el establecimiento en el trimestre
2° Línea	S.D.M.	<u>N° de nuevas prestaciones implementadas en la SDM en el trimestre</u> N° de nuevas prestaciones programadas para la SDM en el trimestre
Objetivo		Que la implementación de nuevas prestaciones permita la entrega de un mejor servicio a los usuarios del establecimiento.
Meta		Que el 100% de las prestaciones programadas sean implementadas.
Periodicidad		Trimestral
Responsable		S.D.M.
		Director
Fuente de Información:		SOME
Rango		
Desde 1 a 0.9	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		




2. Programa Hospitalización

La evaluación del programa anual de hospitalización del establecimiento es la necesidad de llevar un control frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos con los usuarios.

2.1 Cascada del indicador



2.2 Matriz del indicador

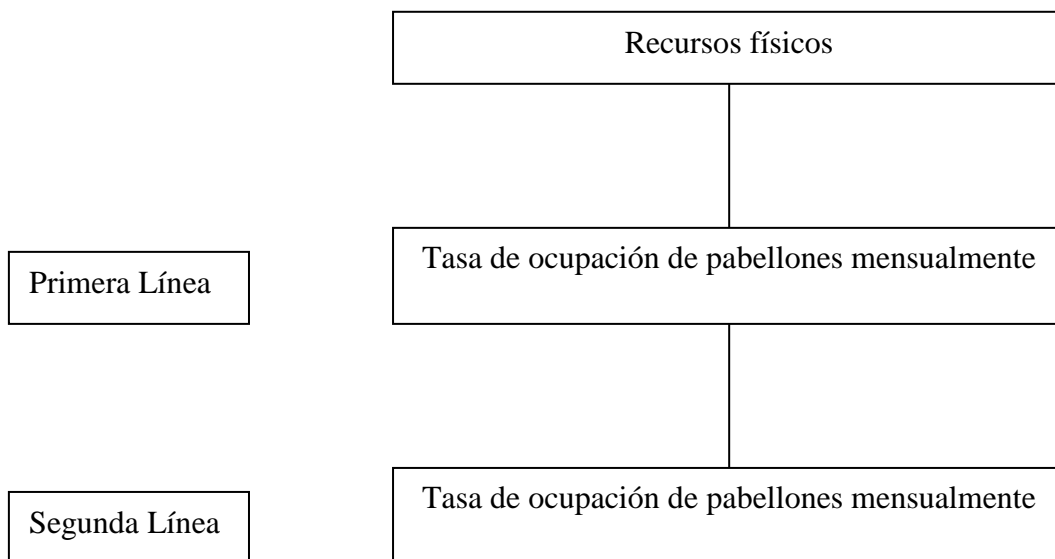
Título		Programa hospitalización
Actividad		Evaluar el programa anual de hospitalización del establecimiento.
Perspectiva		Procesos Clínicos
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitalizaciones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de hospitalizaciones Programadas}}$
2° Línea	S.D.M.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días camas ocupadas en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de días camas disponibles en el mes}}$
Objetivo		Que todos los usuarios que se encuentren en lista de espera sean hospitalizados
Meta		Que la proporción entre el N° de días camas disponible con las ocupadas sea igual a 1
Periodicidad		Mensual
Responsable		Unidad de atención directa de pacientes
Fuente de información:		SOME
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

3. Recursos físicos




El correcto uso de los recursos físicos en la institución permite entregar un mejor servicio a los usuarios, es por ello que se requiere llevar un constante control sobre la tasa de ocupación, en este caso de un factor tan clave como es el uso de pabellones.

A través de este indicador se puede lograr tener una visión de la situación que se esta viviendo, si la infraestructura está siendo utilizada de acuerdo a su capacidad o si está siendo subutilizada.

3.1 Cascada del indicador



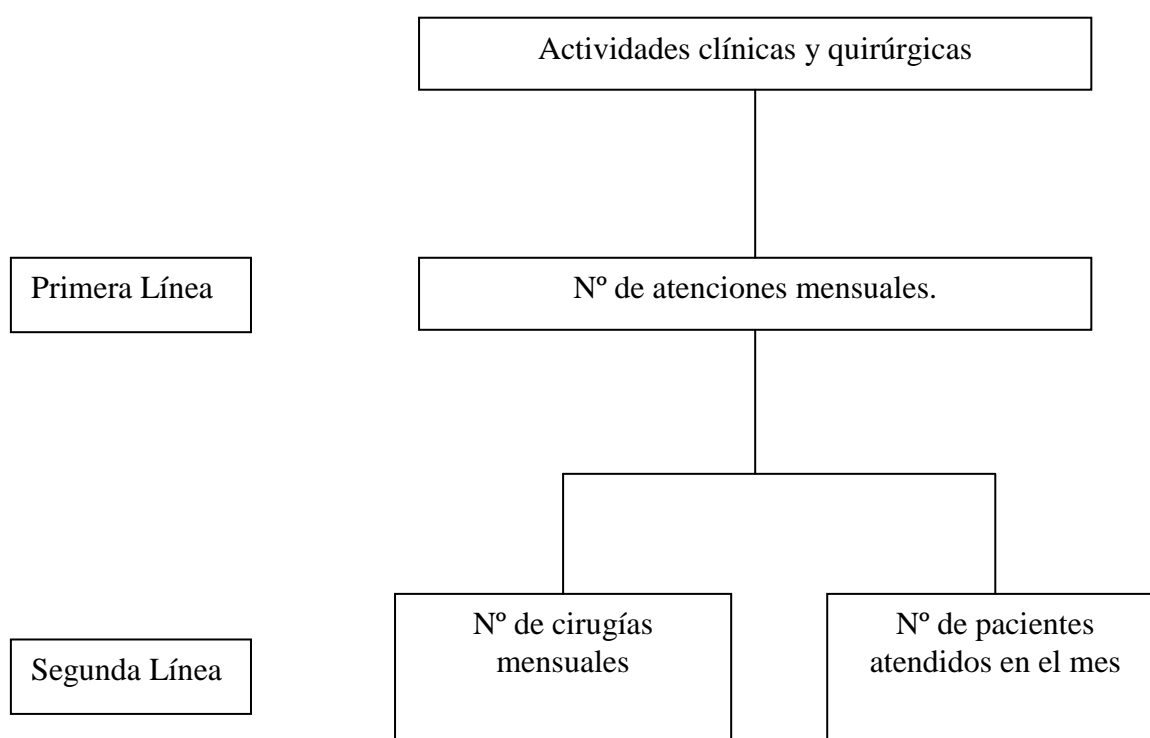
3.2 Matriz del indicador

Título		Recursos físicos
Actividad		Evaluar uso de los recursos físicos del establecimiento.
Perspectiva		Procesos Clínicos
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{hrs. ocupadas pabellones mensualmente}}{\text{hrs. totales pabellones disponibles mensualmente}}$
2° Línea	S.D.M.	$\frac{\text{hrs. ocupadas pabellones mensualmente}}{\text{hrs. totales pabellones disponibles mensualmente}}$
Objetivo		Distribuir los recursos de manera eficiente y en forma oportuna para dar un mejor servicio a los usuarios.
Meta		Que la tasa de ocupación de pabellones sea de un 85%.
Periodicidad		Mensual
Responsable		C. R. Unidad Quirúrgica
Fuente de información:		C. R. Unidad Quirúrgica
Rango		
1 a 0.85 	Entre 0.84 y 0.76 	Mayor a 1 y Menor a 0.75 




4. Actividades clínicas y quirúrgicas

Este indicador permite la evaluación del cumplimiento de las actividades programadas en el ámbito clínico y quirúrgico.

4.1 Cascada del indicador



4.2 Matriz del indicador

Título		Actividades clínicas y quirúrgicas
Actividad		Evaluar las actividades tanto clínica como quirúrgica a partir de la información de los centros de responsabilidades.
Perspectiva		Procesos Clínicos
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones reales en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones proyectadas en el mes}}$
2° Línea	S.D.M. N° 1	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías electivas efectuadas en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías electivas proyectadas para el mes}}$
2° Línea	N° 2	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados al sistema para el mes}}$
Objetivo		Obtener un eficiente uso de los recursos del establecimiento
Meta		Que la tasa de atención a pacientes tanto clínica como quirúrgica sea mayor a un 85%
Periodicidad		Mensual
Responsables		SOME
Fuente de información		SOME
Rango		
1 a 0.85 	Entre 0.84 y 0.76 	Mayor a 1 y Menor a 0.75 

4.3.3. Perspectiva Procesos Administrativos

Los Procesos Administrativos representan otra perspectiva de estudio, ya que a través de los indicadores se logra obtener una mirada de lo realizado en la gestión del Hospital.

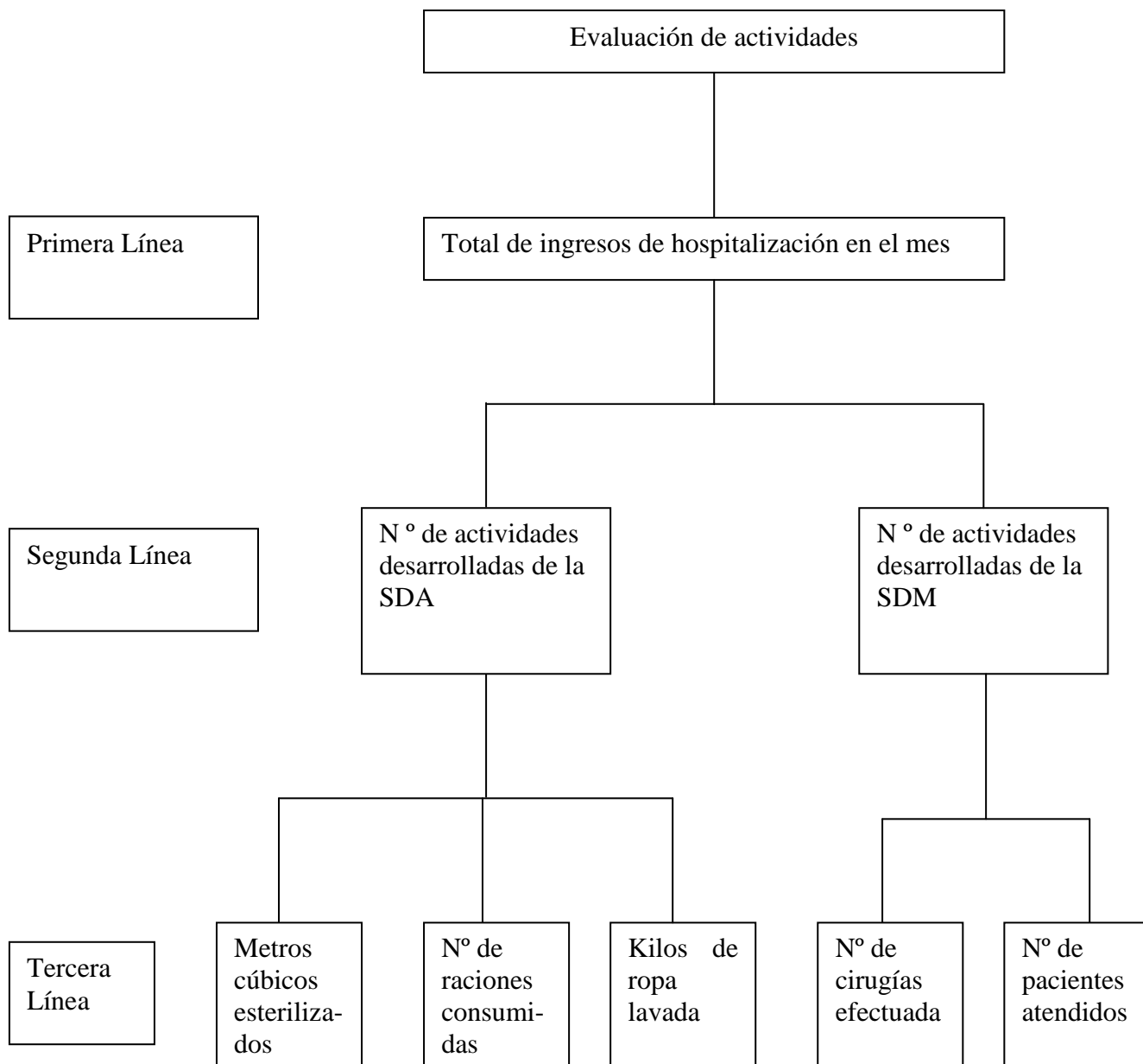
1. Evaluación de actividades
2. Evaluación programas de inversión
3. Evaluación de objetivos
4. Programas del establecimiento
5. Programa de auditoría
6. Planes de mejoras físicas
7. Entrega de informes
8. Mantenciones preventivas y reparativas
9. Evaluación licencias médicas
10. Evaluación los Recursos humanos
11. Ingreso de hospitalización

1. Evaluación de actividades:




Este indicador consiste en evaluar mensualmente el programa anual de actividades del establecimiento y de los centros de responsabilidades (Sub-Dirección Médica y Administrativa), comparando las actividades desarrolladas con las programadas con el objetivo que se desarrollen de manera eficiente.

La fuente de información para llevar a cabo esta evaluación es obtenida del Departamento de Recursos Humanos, del Servicio de Orientación Médico Estadístico y del Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado. También se muestran indicadores de tercera línea para complementar esta actividad, y como se trata de un hospital público lo más relevante es evaluar las actividades de los centros de responsabilidades de proceso, tales como, la Unidad de Atención Directa de Pacientes y el Sub-Departamento de Apoyo a Servicios Internos.

1.1 Cascada del indicador



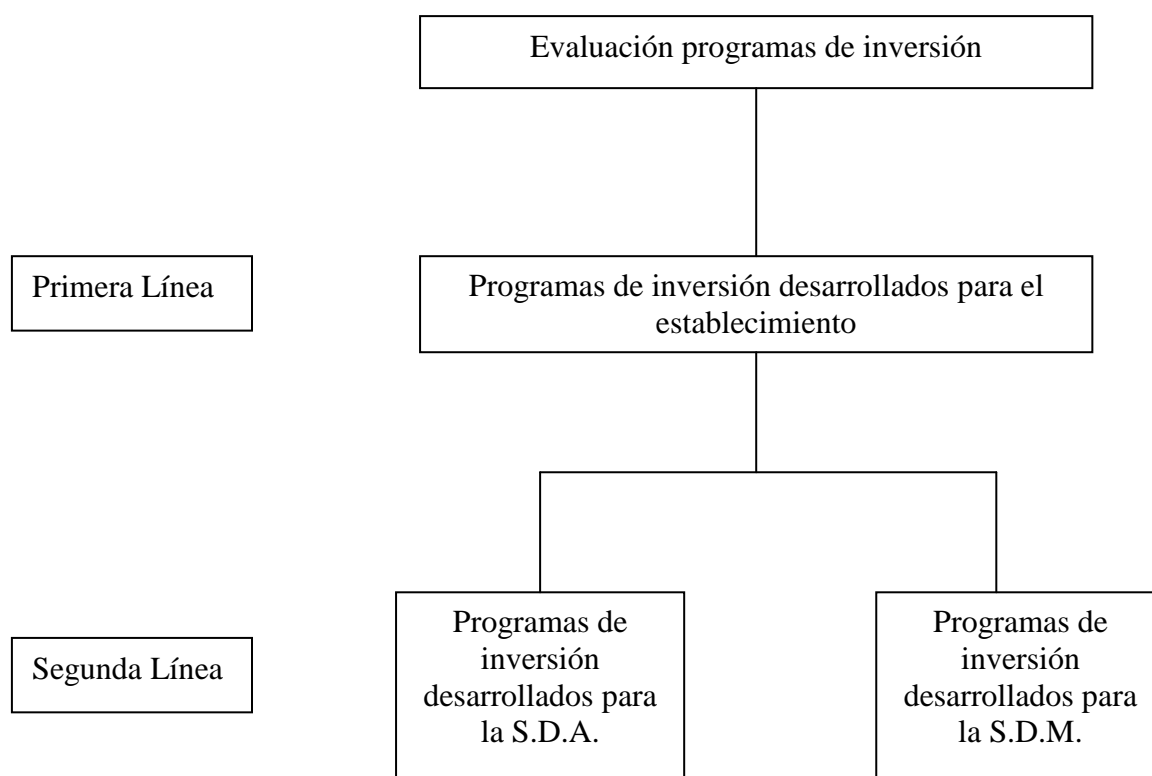
1.2 Matriz del indicador

Título		Evaluación de actividades
Actividad		Evaluar el programa anual de actividades del establecimiento y por centro de responsabilidades.
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>N° de actividades realizadas del establecimiento en el mes</u> N° de actividades programadas del establecimiento en el mes
2° Línea	SDA	<u>N° de actividades desarrolladas de la SDA en el mes</u> N° de actividades programadas de la SDA para el mes
2° Línea	SDM	<u>N° de actividades desarrolladas de la SDM en el mes</u> N° de actividades programadas de la SDM para el mes
3° Línea	UADP	<u>N° de cirugías efectuadas en el mes</u> N° de cirugías proyectadas para el mes
3° Línea	UADP	<u>N° de pacientes atendidos en el mes</u> N° de pacientes ingresados al sistema para el mes
3° Línea	SASI	<u>N° de raciones consumidas en el mes</u> N° de raciones proyectadas en el mes
3° Línea	SASI	<u>Kilos de ropa lavada en el mes</u> Kilos de ropa entregada lavandería en el mes
3° Línea	SASI	<u>Metros cúbicos esterilizados en el mes</u> Metros cúbicos de esterilizado proyectado en el mes
Objetivo		Que el total de las actividades del establecimiento y centros de responsabilidades se desarrollen de manera eficiente
Meta		Que el total de actividades sea cumplida en el periodo determinado
Periodicidad		Mensual
Responsable		Jefe de centro de responsabilidades finales, intermedio y logístico.
Fuente de Información:		SOME RRHH SIGFE
Rango		
1 a 0.90	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		




2. Evaluación programas de inversión:

En este tipo de establecimiento, de gran envergadura, es recurrente que se implementen programas de inversión, ya que son muy necesarios por el constante crecimiento de la demanda en salud, por ello es muy importante evaluar dichas inversiones para su correcta implementación, tanto del establecimiento como por centro de responsabilidades.

2.1 Cascada del indicador



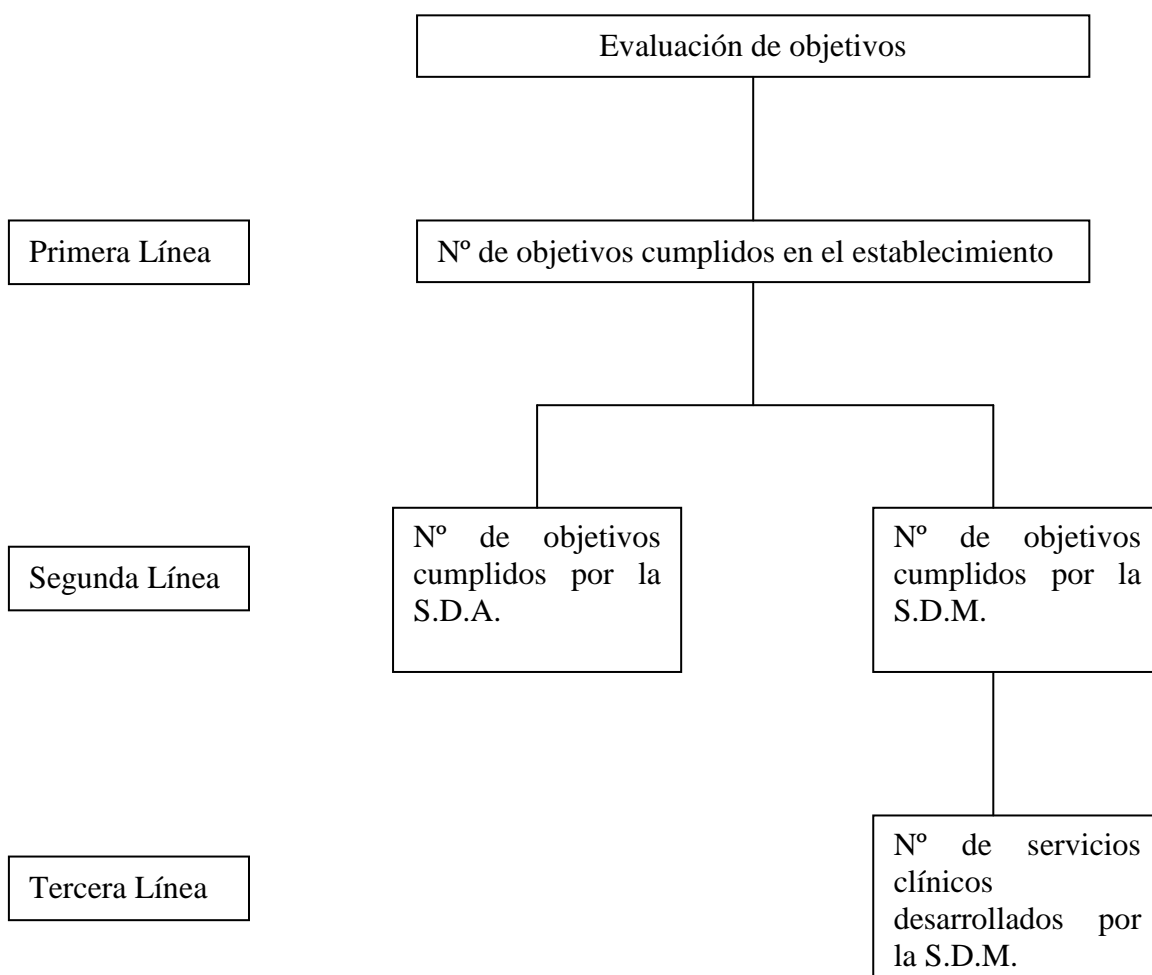
2.2 Matriz del indicador

Título		Evaluación programas de inversión
Actividad		Evaluar los programas de inversión del establecimiento y por centro de responsabilidades.
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas de inversión desarrollados para el establecimiento en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas de inversión proyectados para el establecimiento en el mes}}$
2° Línea	S.D.A.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas de inversión realizados para la SDA en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas de inversión proyectados para la SDA en el mes}}$
2° Línea	S.D.M.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas de inversión realizados para la SDM en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas de inversión proyectados para la SDM en el mes}}$
Objetivo		Evaluar el desarrollo de los programas de inversiones.
Meta		Que el total de programas de inversión sean desarrollados
Periodicidad		Mensual
Responsable		Departamento de finanzas SDA
Fuente de Información:		SIGFE
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 




3. Evaluación de objetivos:

La evaluación de objetivos tiene la finalidad de velar por el cumplimiento de los objetivos del establecimiento y por centro de responsabilidades, comparando los objetivos previstos con los cumplidos para evaluar el desempeño y la eficiencia de los Sub-Directores, los cuales son de gran importancia para el desempeño y buen funcionamiento del establecimiento. Los responsables en esta materia son los Sub-Directores Médico y Administrativo como también el servicio de orientación médico estadístico.

3.1 Cascada del indicador



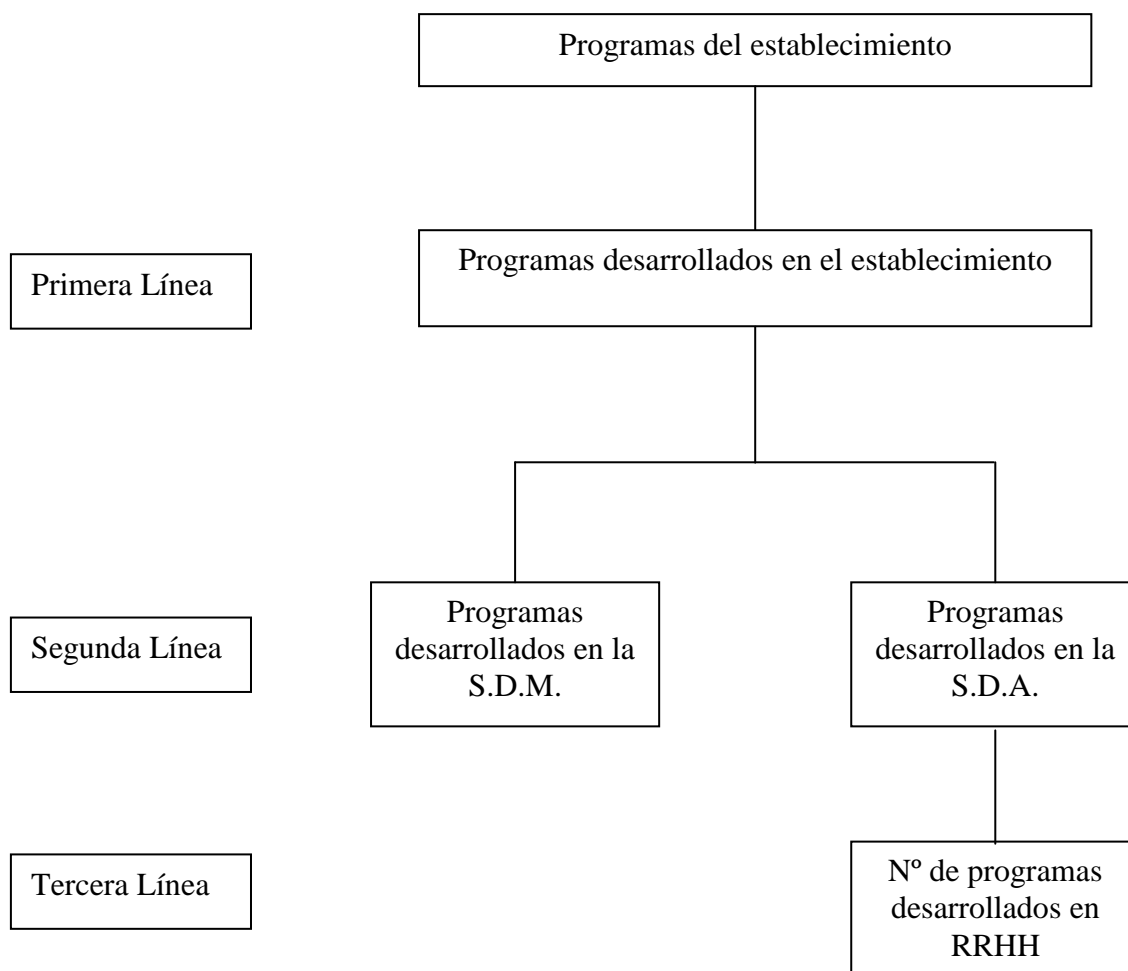
3.2 Matriz del indicador

Título		Evaluación de objetivos
Actividad		Evaluar el cumplimiento de objetivos del establecimiento y la gestión de los diferentes subdirectores.
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>N° de objetivos cumplidos en el establecimiento en el mes</u> N° de objetivo previstos en el establecimiento para el mes
2° Línea	S.D.A.	<u>N° de objetivos cumplidos por la SDA mensualmente</u> N° de objetivo previstos por la SDA mensualmente
2° Línea	S.D.M.	<u>N° de objetivos cumplidos por la SDM mensualmente</u> N° de objetivo previstos por la SDM mensualmente
3° Línea	S.D.M.	<u>N° de servicios clínicos desarrollados en el mes</u> N° de servicio clínicos programados para el mes
Objetivo		Evaluar el desempeño de la gestión de los subdirectores según su desempeño y eficiencia en sus actividades.
Meta		Lograr el cumplimiento de los objetivos en el mes
Periodicidad		Mensual
Responsable		SOME Sub-Director Administrativo Sub-Director Médico
Fuente de Información:		Unidad de gestión
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 




4. Programas del establecimiento:

Esta actividad consiste en aprobar los programas del establecimiento, los cuales son presentados por los diferentes Sub-Directores siempre en mira de cumplir con los objetivos globales de éste. Se comparan los presentados y aprobados con los desarrollados tanto a nivel directivo como sub-directivo, aquí también se presenta un indicador de tercera línea para complementar más aun esta actividad, la información se obtiene del Servicio de Orientación Médico Estadístico, del Departamento de Recursos Humanos, del Sub-Departamento de Apoyo Servicios Internos y del Departamento de Finanzas.

4.1 Cascada del indicador



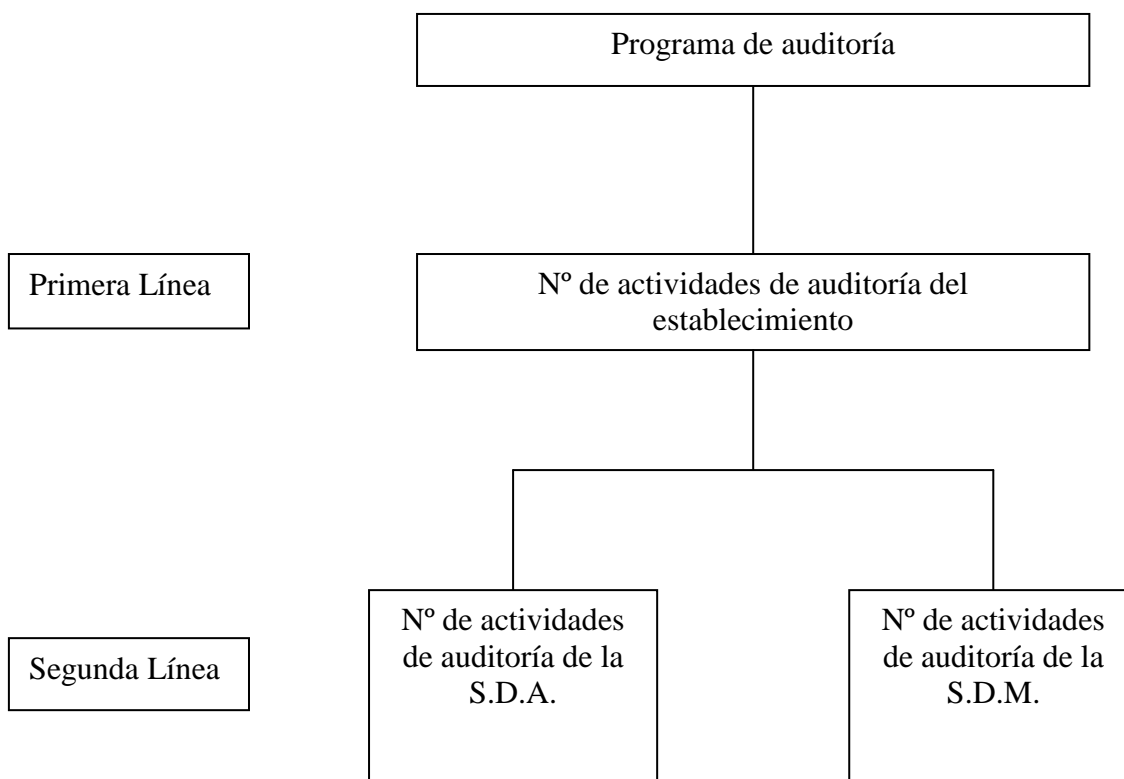
4.2 Matriz del indicador

Título		Programas del establecimiento
Actividad		Aprobar los programas presentados por los diferentes subdirectores.
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas desarrollados del establecimiento en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas presentados y aprobados del establecimiento en el mes}}$
2° Línea	SDA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas desarrollados en la SDA en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas presentados y aprobados en la SDA en el mes}}$
2° Línea	SDM	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas desarrollados en la SDM en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas presentados y aprobados en la SDM en el mes}}$
3° Línea	SDA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de programas desarrollados en RRHH en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de programas presentados y aprobados en RRHH en el mes}}$
Objetivo		Que los programas presentados sean aprobados para su posterior desarrollo.
Meta		Que la proporción de programas desarrollados con los presentados sea igual a 1
Periodicidad		Mensual
Responsable		Sub-Dirección Administrativa Sub-Dirección Médica RRHH
Fuente de Información:		SOME RRHH SASI Departamento de finanzas
Rango		
1 a 0.90	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		




5. Programa de auditoría:

El programa de auditoría es esencial en el funcionamiento de una entidad pública y consiste en mantener controles trimestrales, los cuales están a cargo de un médico y un contador auditor. Estos son los encargados de auditar aspectos relevantes tanto en el área administrativa como médica para constatar que la totalidad de las actividades programadas se cumplan.

5.1 Cascada del indicador



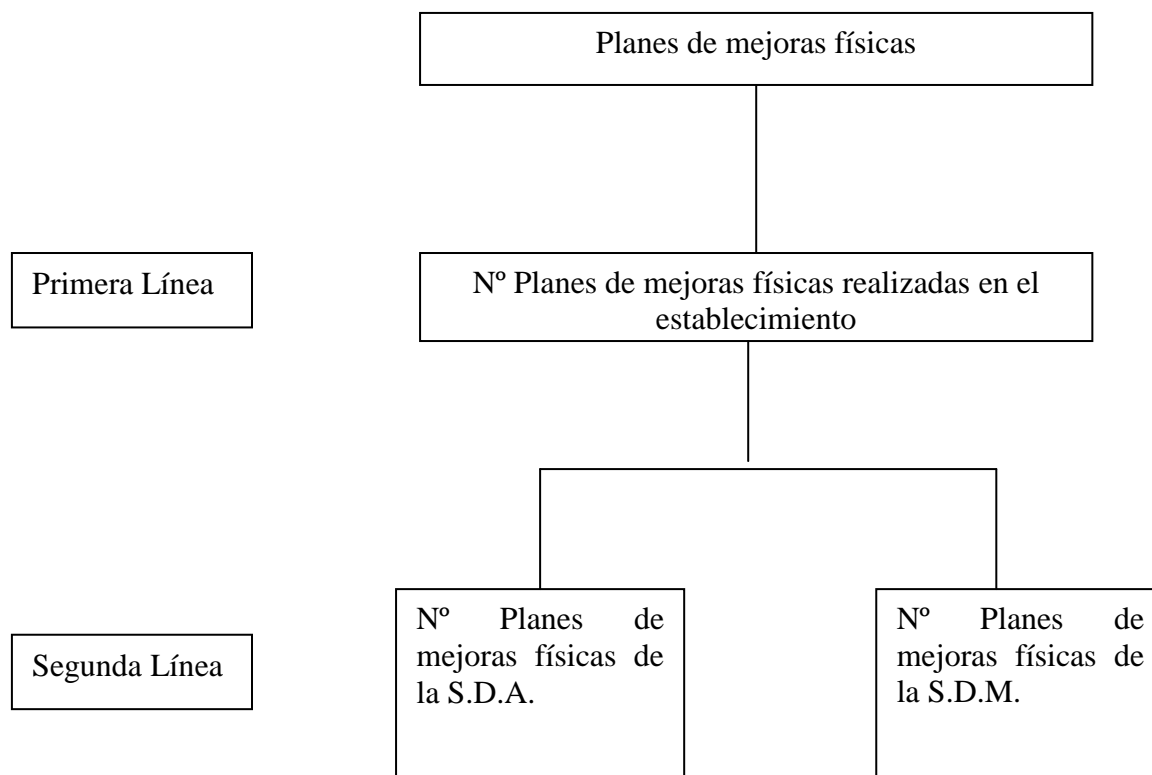
5.2 Matriz del indicador

Título		Programa de auditoría
Actividad		Evaluar el programa anual de auditoría
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>N° de actividades de auditoría del establecimiento cumplidas en el trimestre</u> N° de actividades de auditoría del establecimiento programadas para el trimestre
2° Línea	S.D.A.	<u>N° de actividades de auditoría de la S.D.A. cumplidas en el trimestre</u> N° de actividades de auditoría de la S.D.A programadas para el trimestre
2° Línea	S.D.M.	<u>N° de actividades de auditoría de la S.D.M. cumplidas en el trimestre</u> N° de actividades de auditoría de la S.D.M. programadas para el trimestre
Objetivo		Que el equipo conformado de un médico y un contador auditor sean capaces de evaluar aspectos relevantes para auditar tanto en el área clínica como en el área administrativa.
Meta		Que la totalidad de las actividades se cumplan
Periodicidad		Trimestral
Responsable		Médico a cargo Contador auditor
Fuente de Información:		Unidad de gestión
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 




6. Planes de mejoras físicas:

Esta actividad consiste en evaluar el cumplimiento de los planes de mejoras físicas propuestas para el establecimiento, como también los planes de mejoras de la Sub-Dirección Administrativa y Médica con la finalidad de que se desarrollen eficazmente, por ende tienen una periodicidad mensual.

6.1 Cascada del indicador



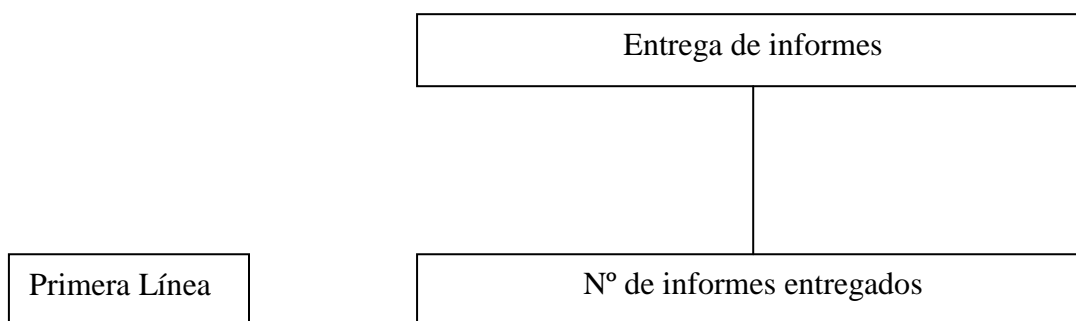
6.2 Matriz del indicador

Título		Planes de mejoras físicas
Actividad		Evaluar el cumplimiento de los planes de mejoras físicas del establecimiento.
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	<u>N° Planes de mejoras físicas realizadas en el establecimiento en el mes</u> N° Planes de mejoras físicas propuestas para el establecimiento para el mes.
2° Línea	SDA	<u>N° Planes de mejoras físicas de la SDA en el mes</u> N° Planes de mejoras físicas de la SDA propuestas para el mes
2° Línea	SDM	<u>N° Planes de mejoras físicas de la SDM en el mes</u> N° Planes de mejoras físicas de la SDM propuestas para el mes
Objetivo		Que las mejoras físicas se desarrollen eficazmente.
Meta		Que se desarrollen todos los planes de mejoras que se propongan.
Periodicidad		Mensual
Responsable		Sub-Dirección Administrativa Sub-Dirección Médica SASI
Fuentes de Información:		SOME SASI RRHH SAF
Rango		
1 a 0.90	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		

7. Entrega de informes:

Esta evaluación es de vital importancia para el establecimiento, ya que consiste en evaluar la entrega de informes solicitados por el ministerio público y de ello depende una buena imagen para esta institución. El responsable de dichos informes es el Director del hospital, quien en conjunto con auditoría, presentan al ministerio público estos informes y cuya fuente de información se da en la Sub-Dirección Administrativa y Médica.

7.1 Cascada del indicador



7.2 Matriz del indicador

Título 9		Entrega de informes
Actividad		Evaluar la entrega de informes solicitados por el ministerio público.
Perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Dirección del Servicio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes entregados trimestralmente}}{\text{N}^\circ \text{ de informes solicitados trimestralmente}}$
Objetivo		Coordinar y presentar, en conjunto con auditoría, los informes presentados por el ministerio público
Meta		Que todos los informes solicitados sean entregados
Periodicidad		Trimestral
Responsable		Director
Fuente de Información:		SDA SDM
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Menor a 0.79 

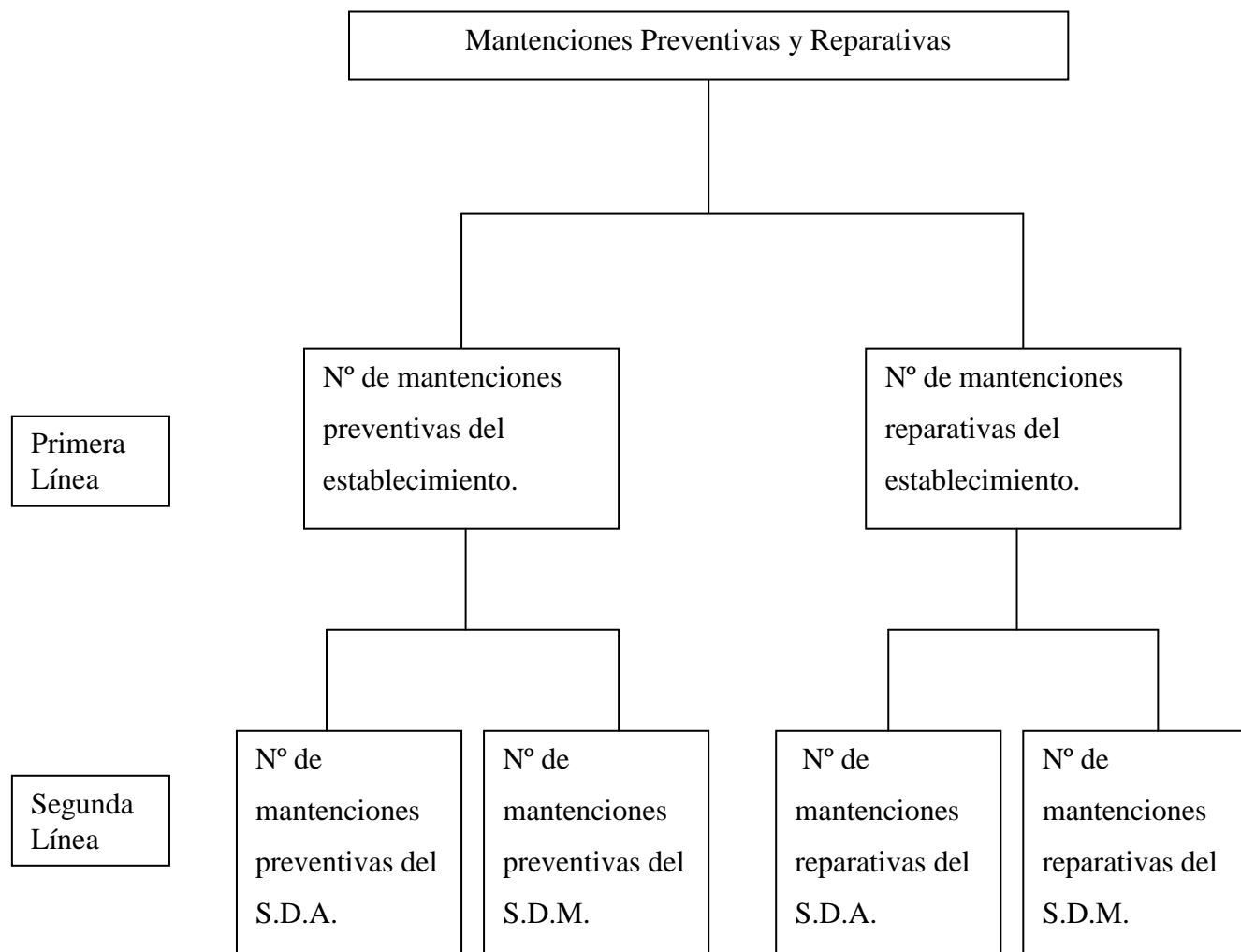
8. Mantenimiento preventivo y reparativo

Para la entrega de un servicio de calidad, se requiere tener un establecimiento en buen estado, para lo que se deben efectuar diferentes tipos de mantenimientos, las cuales deben ser preventivas o reparativas según sea el caso.




Las mantenimientos preventivos, son todas aquellas que se realizan antes de provocado el deterioro de los recursos físicos y las mantenimientos reparativos, son las que se deben realizar cuando ya está hecho el daño de los recursos físicos, siendo las preventivas más económicas que las reparativas.

Para la realización de dichas mantenimientos, se debe presentar un programa anual, el que debe ser aprobado, para luego ser desarrollado en el momento oportuno para una producción óptima, las que se evaluarán mensualmente según el centro de responsabilidad que corresponda.

8.1 Cascada del indicador



8.2 Matriz del indicador

Título		Mantenión preventivas y reparativas
Actividad		Evaluar el programa anual de mantenencias preventivas y reparativas de recursos físicos.
perspectiva		Proceso administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director N° 1	<u>N° de mantenencias preventivas del establecimiento realizadas en el mes</u> N° de mantenencias preventivas del establecimiento programadas para el mes
1° Línea	N° 2	<u>N° de mantenencias reparativas del establecimiento realizadas en el mes</u> N° de mantenencias reparativas del establecimiento estimadas para el mes
2° Línea	S.D.A. N° 1	<u>N° de mantenencias preventivas de la S.D.A. realizadas en el mes</u> N° de mantenencias preventivas de la S.D.A. programadas para el mes
2° Línea	N° 2	<u>N° de mantenencias reparativas de la S.D.A. realizadas en el mes</u> N° de mantenencias reparativas de la S.D.A. estimadas para el mes
2° Línea	S.D.M. N° 1	<u>N° de mantenencias preventivas de la S.D.M. realizadas en el mes</u> N° de mantenencias preventivas de la S.D.M. programadas para el mes
2° Línea	N° 2	<u>N° de mantenencias reparativas de la S.D.M. realizadas en el mes</u> N° de mantenencias reparativas de la S.D.M. estimadas para el mes
Objetivo		Realizar las mantenencias preventivas en el momento preciso.
Meta		Cumplir con el 100% de las mantenencias
Periodicidad		Mensual
Responsable		SASI SAF
Fuente de información:		SASI SAF
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

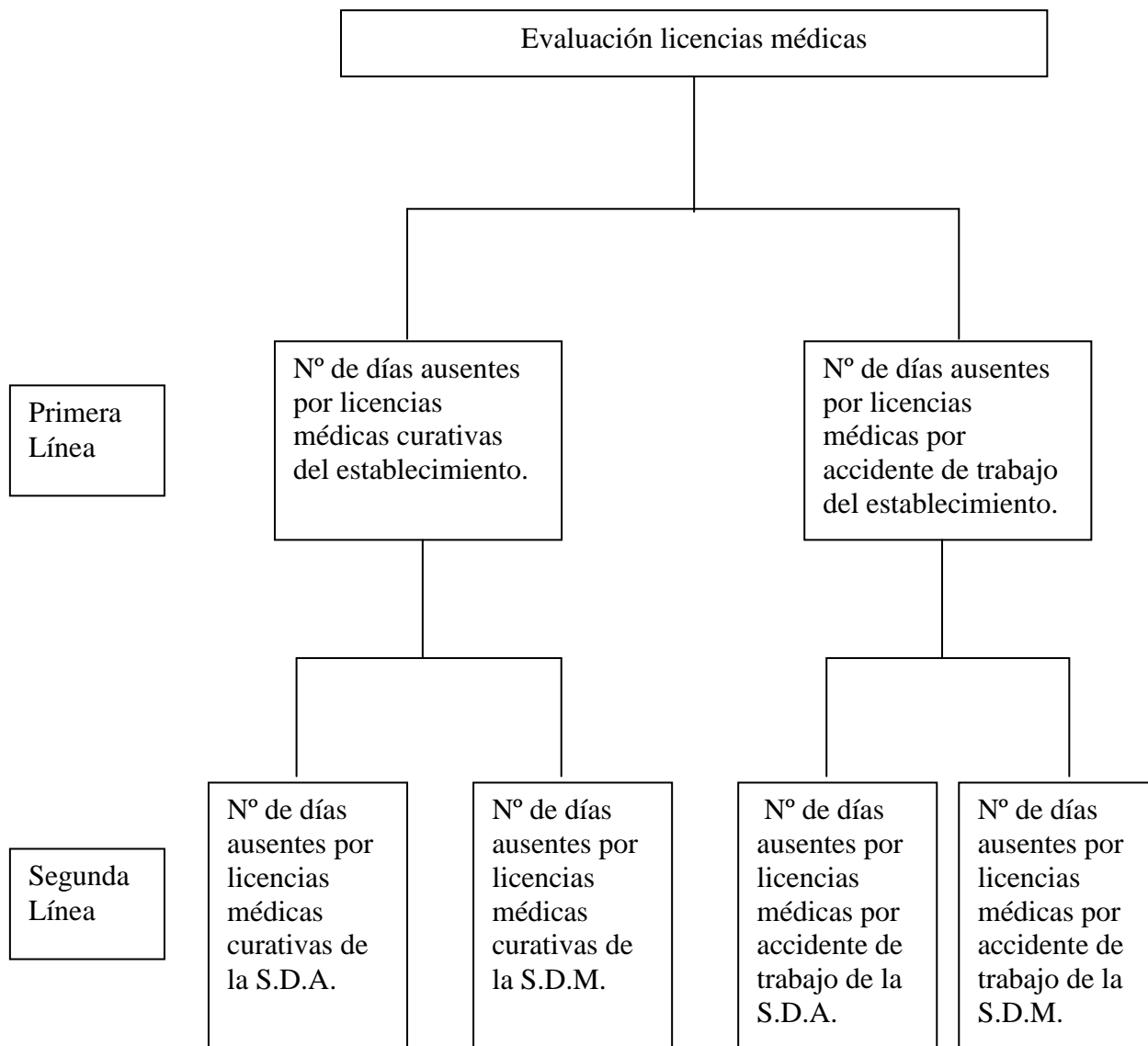
9. Evaluación licencias médicas

Las licencias médicas pueden ser de tres tipos:




- Licencias médicas curativas
- Licencias médicas por accidentes de trabajos
- Licencias médicas por maternidad

De estas licencias médicas, los directivos del establecimiento pueden evaluar o controlar sólo dos de ellas, éstas son las curativas y las por accidentes de trabajos, por lo que la institución cuenta con un policlínico en donde se atienden los funcionarios en el momento preciso, controlando así las enfermedades y además cuentan con encargado en prevención de riesgo, en donde se implementan planes de cuidado para disminuir al máximo los accidentes y que los funcionarios no tengan que acceder a las licencias médicas; y la tercera no se puede controlar, ya que ésta depende sólo de la programación maternal que tenga cada una de las funcionarias.

9.1 Cascada del indicador



9.2 Matriz del indicador

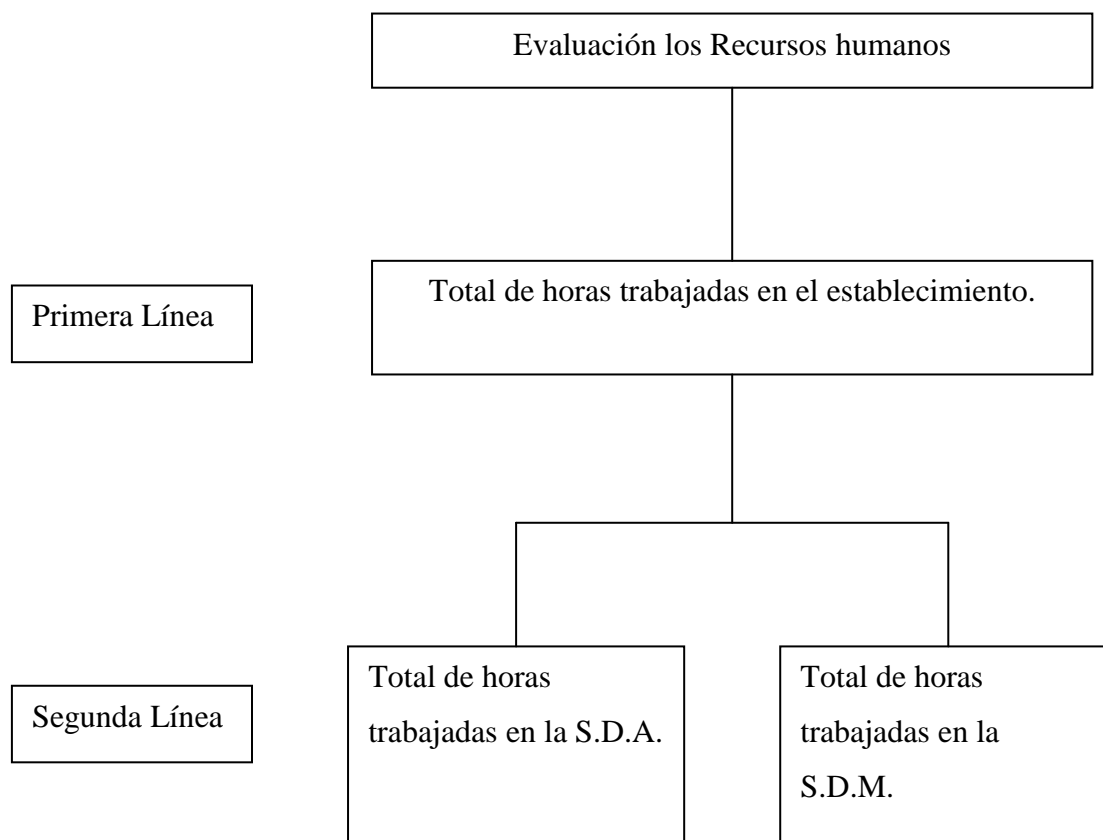
Título		Evaluación licencias médicas.
Actividad		Evaluación de informes sobre licencias médicas.
perspectiva		Proceso Administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director N° 1	<u>Ausentismo por licencias médicas curativas en el establecimiento en el bimestre</u> N° total de días trabajados en el establecimiento para el bimestre
1° Línea	N° 2	<u>Ausentismo por licencias médicas por accidente de trabajo en el establecimiento en el bimestre</u> N° total de días trabajados en el establecimiento para el bimestre
2° Línea	S.D.A. N° 1	<u>Ausentismo por licencias médicas curativas en la S.D.A. en el bimestre</u> N° total de días trabajados en la S.D.A. para el bimestre
2° Línea	N° 2	<u>Ausentismo por licencias médicas por accidente de trabajo en la S.D.A. en el bimestre</u> N° total de días trabajados en la S.D.A. para el bimestre
2° Línea	S.D.M. N° 1	<u>Ausentismo por licencias médicas curativas en la S.D.M. en el bimestre</u> N° total de días trabajados en la S.D.M. para el bimestre
2° Línea	N° 2	<u>Ausentismo por licencias médicas por accidente de trabajo en la S.D.M. en el bimestre</u> N° total de días trabajados en la S.D.M. para el bimestre
Objetivo		Determinar el nivel de ausentismo por licencia médica, ya sea curativas o por accidente laboral.
Meta		Que los funcionarios trabajen el 100% de las horas contratadas en el establecimiento
Periodicidad		Bimestral
Responsable		RRHH
Fuente de información:		RRHH
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

10. Evaluación los Recursos humanos




La evaluación de los recursos humanos consiste en evaluar las horas trabajadas del funcionario, según las horas que se contrato, para evaluar si éste está cumpliendo con el horario correspondiente al de su contrato y si no es así, averiguar el porque de ello.

Cada Sub-Dirección tiene que evaluar el cumplimiento de horario de su personal y luego entregar un informe al director para que éste evalúe al total del personal.

10.1 Cascada del indicador



10.2 Matriz del indicador

Título		Evaluación los Recursos humanos.
Actividad		Evaluar los recursos humanos del establecimiento en beneficio de los usuarios del sistema.
perspectiva		Proceso administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{Total hrs trabajadas en el establecimiento en el mes}}{\text{Total hrs contratadas en el establecimiento para el mes}}$
2° Línea	S.D.A.	$\frac{\text{Total hrs trabajadas en la S.D.A. en el mes}}{\text{Total hrs contratadas en la S.D.A. para el mes}}$
2° Línea	S.D.M.	$\frac{\text{Total hrs trabajadas en la S.D.M. en el mes}}{\text{Total hrs contratadas en la S.D.M. para el mes}}$
Objetivo		Evaluar que las horas trabajadas por el funcionario sean igual a las contratadas.
Meta		Que la tasa de horas trabajadas sea 100%
Periodicidad		Mensual
Responsable		RRHH
Fuente de información:		RRHH
Rango		
1 a 0.90	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		

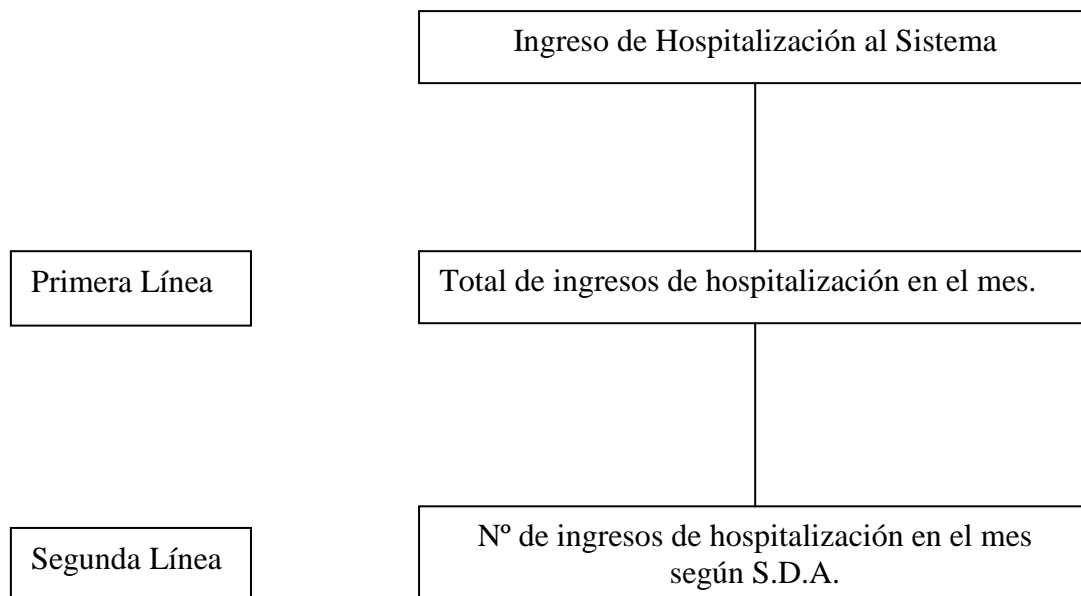
11 Ingreso de hospitalización al sistema

El ingreso de los usuarios al momento de su hospitalización, el servicio orientación médico estadístico (SOME) los ingresa a través de una ficha clínica, la que debe llevar todos los datos del paciente, para tener un control más profundo al momento de alguna evaluación.




Esta ficha clínica se define como un documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal de salud con el paciente, todos los actos médicos realizados con él y todos los datos relativos a su salud, este se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte y puede ser utilizada por todos los centros de salud donde el paciente acuda, además puede ser conocida por el paciente o su tutor legal.

Este indicador esta relacionado con las dos Sub-Direcciones, debido a que la Sub-Dirección Administrativa, realiza todo lo que tiene que ver con lo administrativo, en cuanto a completar documentos de admisión con datos del paciente y la Sub-Dirección Médica, ve lo relacionado con la entrega de servicio.

11.1 Cascada del indicador



11.2 Matriz del indicador

Título		Ingreso de hospitalización al sistema
Actividad		Coordinación de ingreso de hospitalización al sistema.
perspectiva		Proceso administrativo
Indicador	Destinatario	Fórmula
1° Línea	Director	$\frac{\text{Total de ingresos de hospitalización reales en el mes}}{\text{Total de ingreso de hospitalización programado para el mes}}$
2° Línea	S.D.A.	$\frac{\text{N° de ingresos de hospitalización reales al sistema en el mes}}{\text{N° de ingreso de hospitalización al sist. Programado para el mes}}$
Objetivo		Coordinar los ingresos de hospitalización de pacientes para no tener listas de espera saturadas.
Meta		Que todos los usuarios que ingresen al sistema sean hospitalizados
Periodicidad		Mensual
Responsable		S.O.M.E.
Fuente de información:		Fichas clínicas
Rango		
1 a 0.90 	Entre 0.80 y 0.89 	Mayor a 1 y Menor a 0.79 

4.3.4. Perspectiva del usuario

La satisfacción de los usuarios un factor de gran importancia en la institución, es por ello que además de realizar constantes evaluaciones para determinar el cumplimiento de los compromisos con ellos y la correcta gestión de recursos, es necesario determinar el grado de cumplimiento de aquellos compromisos que no son necesariamente de ámbito clínico, si no mas bien referidos a satisfacer dudas o problemáticas relativas a su atención o algún servicio requerido.

1. Consultas usuarios

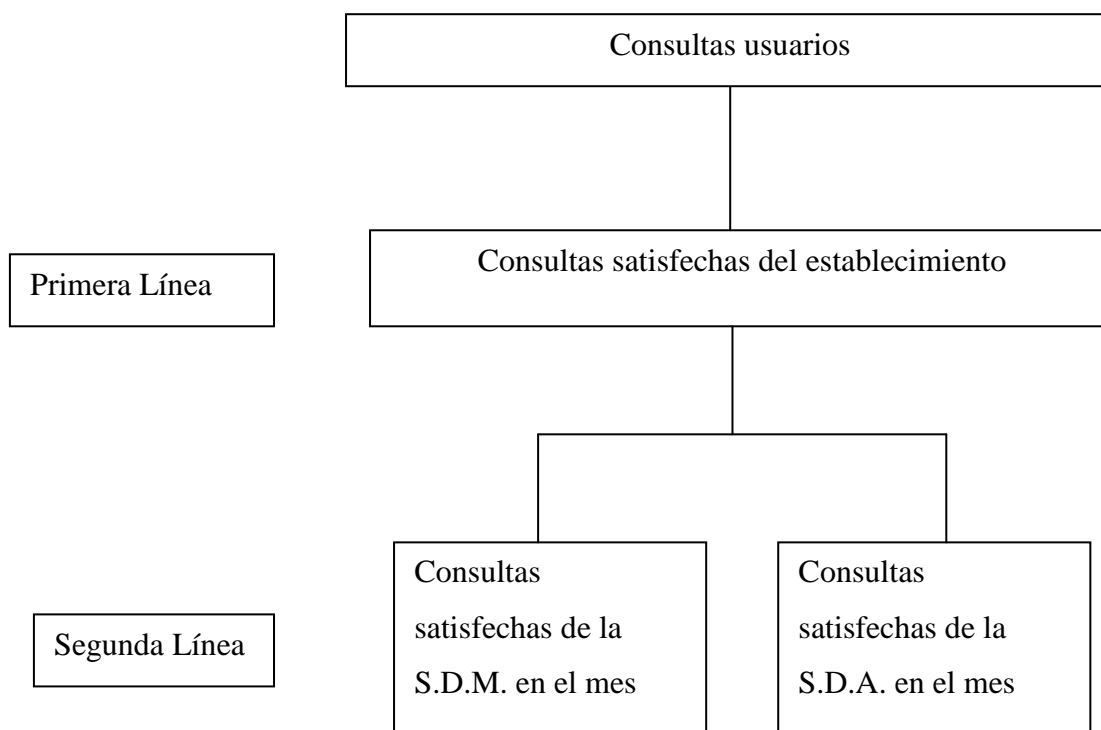
1. Consultas Usuarios

Los usuarios representan el centro de la organización, es por ello que satisfacer sus consultas es un factor de gran importancia.




Las consultas son recepcionadas originalmente en un libro de reclamos y sugerencias, sin embargo, cuando aquellas consultas u observación provocan en el usuario una necesidad de rápida solución, tiene la opción de dirigirse directamente a la Sub-Dirección que corresponda.

Este indicador tiene relación con la tasa de resolución frente a las consultas, Y pretende entregar a la dirección la información que permita evaluar la real atención que se está prestando a las necesidades de los usuarios.

1.1 Cascada del indicador



1.2 Matriz del indicador

Título		Consultas usuarios
Actividad		Evaluar las consultas de atención de usuarios por diversas situaciones que le aquejan.
Perspectiva		Usuarios
Indicador	Destinatario	Fórmula
1º Línea	Director	$\frac{\text{Nº de consultas satisfechas del establecimiento en el mes}}{\text{Nº de consultas realizadas del establecimiento en el mes}}$
2º Línea	S.D.A.	$\frac{\text{Nº de consultas satisfechas de la SDA en el mes}}{\text{Nº de consultas realizadas de la SDA en el mes}}$
2º Línea	S.D.M.	$\frac{\text{Nº de consultas satisfechas de la SDM en el mes}}{\text{Nº de consultas realizadas de la SDM en el mes}}$
Objetivo		Cuidar que los usuarios que requieran de respuestas a alguna problemática tengan donde acudir.
Meta		Que todas las consultas realizadas reciban respuesta.
Periodicidad		Mensual
Responsable		SDA
		SDM
		SOME
Fuente de Información:		OIRS
Rango		
1 a 0.90	Entre 0.80 y 0.89	Mayor a 1 y Menor a 0.79
		

CONCLUSIÓN

La propuesta de indicadores de gestión, hecha en esta investigación aplicada, fue realizada con el fin de mejorar la gestión y poder controlar el sin número de actividades desarrolladas en el establecimiento (HCHM). Para implementar el cuadro de mando, se requiere de tiempo para la elaboración de su diseño e intentar lograr el perfeccionamiento, es por ello que se debe estar en constante retroalimentación, debido a que las circunstancias cambian, los factores claves del éxito y los indicadores también sufren modificaciones, en resumen nunca queda realmente finalizado, su desarrollo requiere de un proceso iterativo en el cual el mejoramiento continuo es un objetivo crítico y constante.

La información juega un papel fundamental en todas las organizaciones con o sin fines de lucro, por lo tanto debe ser tratada con la importancia que se merece, debe ser clara, fidedigna, oportuna, es decir, llegar a las personas que la necesitan en el momento adecuado y ser utilizada de la manera más correcta.

En el organigrama del establecimiento, se encuentra el Director seguido de cuatro Sub-Directores; Administrativo, Médico, Enfermería y Desarrollo Institucional. En la medida que se fue desarrollando el tema, se llegó a la conclusión que dos Sub-Direcciones, SDDI y SDE, sólo tienen un papel de asesoría dentro de las funciones del hospital, no teniendo una función formal, es por ello que en el anexo N° 4 se encuentra un organigrama donde se reflejan las actuales funciones que poseen.

Es importante señalar que los indicadores se generan de las actividades claves de la Dirección y las Sub-Direcciones, los cuales se analizan y definen según corresponda en primera o segunda línea, tras la explicación señalada correctamente en el desarrollo del trabajo, para luego hacer un barrido con el total de indicadores, agrupándolos y creando para todos ellos un indicador global, que son de primera línea. Lo anteriormente señalado se efectúa, ya que en una organización todos los indicadores y los resultados del análisis de

ellos, deben llegar al director el cual es el encargado de velar en forma general que se cumplan con los objetivos de la organización a su cargo.

Tras el desarrollo de este informe, se crearon también algunos indicadores de tercera línea, no contemplados en el objetivo de la investigación aplicada, y que se crearon gracias a que se tuvo acceso a información clave, por intermedio de la cual fue posible su desarrollo. Estos indicadores son para la evaluación de acciones de los demás centros de responsabilidades que se encuentran por debajo de la plana directiva, los cuales son para complementar aun más nuestro análisis y para el posterior beneficio del hospital, ya que se espera que esta investigación sirva de apoyo a la institución y de base para la futura implementación de los indicadores al Hospital Clínico Herminda Martín.

BIBLIOGRAFÍA

Referencia Bibliográfica

Libros

- ☞ AMAT, JOAN 2003. Control de Gestión, una perspectiva de dirección. 6ª ed. Editorial Gestión 2000 S.A., Barcelona.
- ☞ BALLVE, ALBERTO M. Cuadro de mando: Organizando Información para crear Valor. Edición gestión 2000, 2002 Barcelona.
- ☞ BLANCO ILLESCAS, FRANCISCO 1980. El control integrado de la gestión, iniciación a la dirección por sistemas. 2ª ed. Editorial Limusa S.A.
- ☞ CERTO, SAMUEL 1997. Dirección Estratégica. 3ª ed. Editorial Mc Graw-Hill.
- ☞ HILL, CHARLES; JONES, GARETH 1996. Administración Estratégica, un enfoque integrado. 3ª ed. Editorial Mc Graw-Hill.
- ☞ ILLANES FRONTAURA, PABLO 1999. El Sistema Empresa, una visión integral de la administración. 6º Ed. Santiago de Chile.
- ☞ JARILLO, JOSE 1992. Dirección estratégica. 2ª ED. Editorial Mc Graw-Hill.
- ☞ JIMENEZ BERMEJO, PATRICIO 1996. Control de Gestión. Editorial Jurídica Conosur Ltda.

- ☞ KAPLAN, ROBERT; NORTON, DAVID. 2000. Cómo utilizar el cuadro de mando integral: para implantar y gestionar su estrategia. Editorial Gestión 2000 S.A. – Barcelona 2001.
- ☞ KAPLAN, ROBERT; NORTON, DAVID 1997. El cuadro de mando integral: The Balanced Scorecard. 1ª Ed. Española. Gestión 2000. Barcelona 2001.
- ☞ KINNEAR, THOMAS; JAMES TAYLOR. 1998. Investigación de Mercado. 5ª Ed. Editorial Mc Graw-Hill.
- ☞ MALLO, CARLOS; MERLO JOSÉ, 1998. Control de gestión y control presupuestario, ediciones Mc Graw-Hill, España.
- ☞ MUÑIZ, LUIS; MONFORT, ENRIC 2005. Aplicación Práctica del Cuadro de Mando Integral. editorial Gestión 2000 – Barcelona.
- ☞ NIVEN, PAUL R. 2003. El cuadro de mando integral paso a paso: Maximizar la gestión y mantener los resultados. Edición Gestión 2000, Barcelona.
- ☞ OLVE, NILS-GÖRAN. 2000 Implantando y Gestionando el cuadro de mando integral: guía práctica del Balanced Scorecard. Ediciones Gestión 2000 S.A. – Barcelona 2000.
- ☞ RMS. 2001. Revista Médica de Santiago, Volumen 4. Número 18, septiembre.
- ☞ THOMPSON, ARTHUR; STRICKLAND 1998. dirección y Administración Estratégica: conceptos, casos y lecturas. Editorial Mc Graw-Hill.

Tesis

- ❧ CISTERNA CASTILLO, ALEX 2000. Implementación del modelo de gestión estratégico Balanced Scorecard en Philips S. A. Tesis de grado para optar al título de Ingeniería Industrial. Universidad del Bío-Bío, Concepción.
- ❧ GUZMAN MUÑOZ, MANUEL 2005. Propuesta de Indicadores de Gestión Sistema de Atención Medica de Urgencia SAMU Cordillera Ñuble Hospital Herminda Martín Chillán. Tesis presentada para optar al grado académico de magíster en salud pública. Facultad de la Salud y de los Alimentos. Universidad del Bío-Bío, Chillán.
- ❧ JOPIA CONTRERAS, JORGE 2002. Cuadros de control de gestión en la administración publica, Servicio de salud Ñuble. Memoria para optar al título de contador Auditor. Facultad de Ciencias Empresariales. Universidad del Bío-Bío, Chillán.
- ❧ MELLA HERRERA, ALEXIA; ROMERO ROJAS, HILDA. 2005. Implementación del cuadro de mando integral del Colegio Tecnológico Darío Salas Chillán Viejo. Memoria para optar al título de contador Auditor. Facultad de Ciencias Empresariales. Universidad del Bío-Bío.

Artículos

- ❧ DONOSO IBAÑEZ, PATRICIO. Revista Ab ante , Volumen I, N° 1, 1998. En busca del alineamiento operacional.
- ❧ I.A.S. 2003. Revista del Instituto Administración en Salud, IAS Volumen IV.
- ❧ JIMÉNEZ, J. 2002 Seminario: Políticas y Reformas en salud, Pontificia Universidad Católica, junio 2002.

- ☞ LIBERTAD Y DESARROLLO 2000. Serie Informe Político, Número 75, Salud en Chile: Falta de recursos o problemas de gestión. Instituto Libertad y Desarrollo.
- ☞ SANDOVAL, H 2001. Revista del Instituto de Administración en Salud. IAS año XV. Vol. 38, Abril.
- ☞ EL MERCURIO. Sección de Economía y negocio. La Clase Ejecutiva.
 - 26 de mayo de 2005. Control de Gestión
 - 30 de mayo de 2005. Control de Gestión
 - 9 de junio de 2005. La Organización Alineada con la Estrategia..
 - 16 de junio de 2005. Balanced Scorecard: Alineando hacia el lado.
 - 23 de junio de 2005. Cultura de ejecución: hacerlo, bien y a la primera.
 - 30 de junio de 2005. La agilidad de los procesos.
 - 14 de julio de 2005. El capital organizacional.
 - 21 de julio de 2005. ¿Cómo transformar las TI en capital?.
 - 28 de julio de 2005. ¿De qué depende el éxito de un BSC?.

Páginas de Internet

- ☞ <http://www.monografias.com/trabajos24/anteproyecto-direccion/anteproyecto-direccion.shtml#definic>.
- ☞ <http://www.monografias.com/trabajos7/plane/plane.shtml>.
- ☞ <http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/no12/adminestrat%C3%A9gica.htm>.
- ☞ <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=937>.
- ☞ <http://www.monografias.com/trabajos34/planificacion/planificacion.shtml>.
- ☞ <http://www.5campus.com>.
- ☞ <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/cgdefi/CGdefinicion.doc>.
- ☞ <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/direpupo/direpupo.pdf>.

- ☞ <http://www.gestiopolis.com/canales6/fin/herramienta-financiera.htm>.
- ☞ <http://www.monografias.com/cgi-bin/search.cgi?query=planificación%20operativa>.
- ☞ http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/cat_443_inicio.html.
- ☞ <http://www.eclac.cl/publicaciones>.
- ☞ <http://www.fundacionpobreza.cl/Biblioteca/Archivos/Bajar.asp?Carpeta=SALUD&Archivo=reformas%20de%20la%20salud.pdf>.

ANEXOS

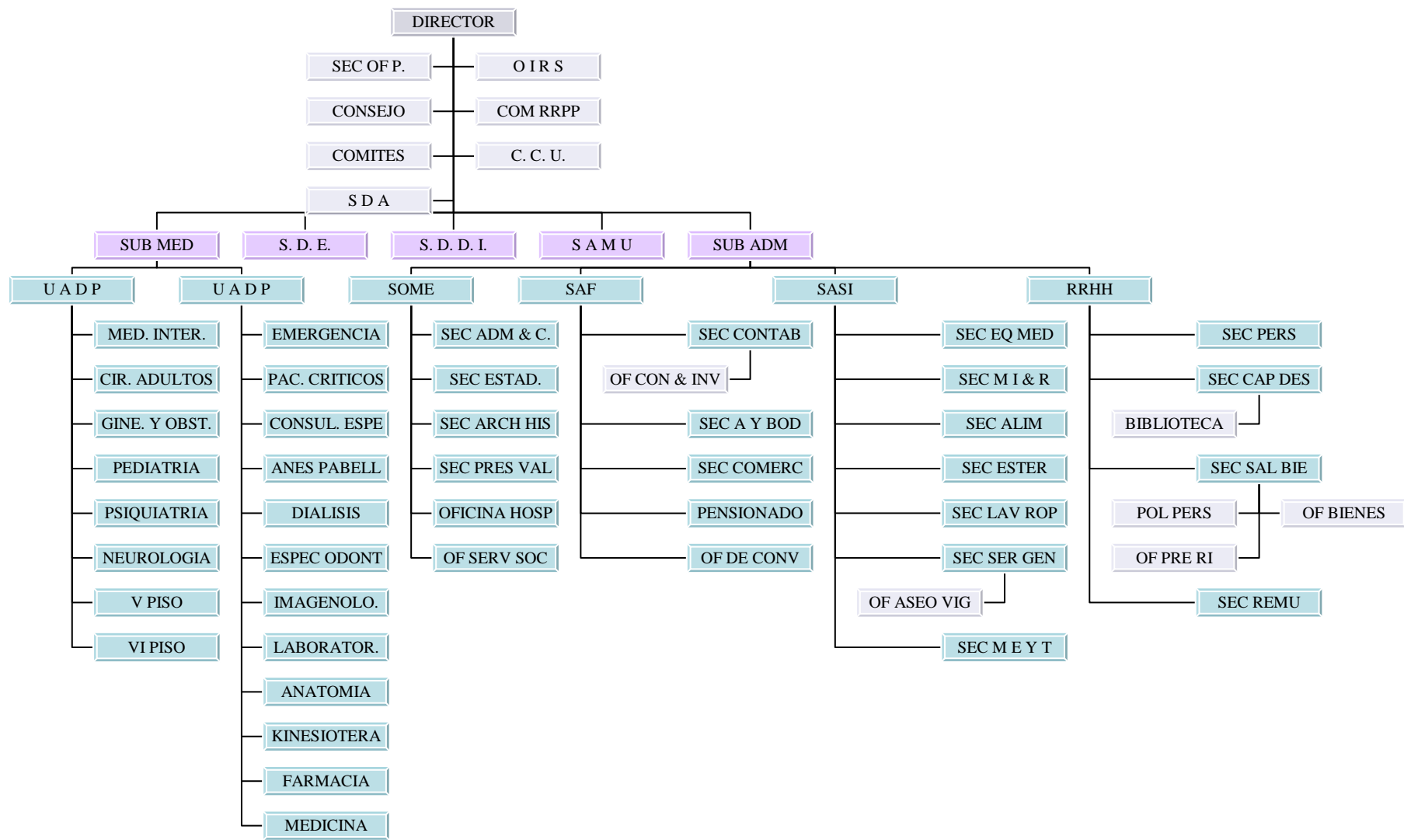
Anexo N° 1

GLOSARIO

∞	AUGE	: Acceso Universal a Garantías Explícitas
∞	CEP	: Centro de estudios Públicos
∞	CEPAL	: Comisión Económica Para América Latina
∞	CR	: Centro de Responsabilidad
∞	FNDR	: Fondo Nacional Desarrollo Regional
∞	HCHM	: Hospital Clínico Herminda Martín
∞	MIDEPLAN	: Ministerio de Planificación
∞	OIRS	: Oficina de Información Reclamos y Sugerencias
∞	PAC	: Plan Anual Capacitación
∞	RRHH	: Departamento de Recurso Humano
∞	RRPP	: Departamento de Relaciones Públicas
∞	SAF	: Sub-Departamento Administración y Finanzas
∞	SAPU	: Sistema de Atención Primaria de Urgencia
∞	SASI	: Sub-Departamento de Apoyo Servicios Internos
∞	SDE	: Sub-Director Enfermería
∞	SDI	: Sub-Director Desarrollo
∞	SDM	: Sub-Director Médico
∞	SIGFE	: Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado
∞	SOME	: Servicio Orientación Médico Estadístico

Anexo N° 2

ORGANIGRAMA



Anexo N° 3

ACTIVIDADES

Dirección:

1. Presentar al gestor de red el programa anual de actividades del establecimiento y por centro de responsabilidades.
2. Presentar el presupuesto anual de operación y de inversión al gestor de red.
3. Evaluar la gestión de los diferentes subdirectores.
4. Aprobar los programas y presupuestos presentados por los diferentes subdirectores.
5. Presentar el programa anual de auditoría al gestor de red.
6. Coordinar las acciones de los diferentes sub-directores.
7. Coordinar en forma semestral las acciones de los centros de responsabilidades.
8. Aprobar, rechazar y/o modificar los planes de mejoras que presentan los subdirectores.
9. Coordinar las acciones de salud con los diferentes actores sociales (autoridades de salud, junta de vecinos, asociación de enfermos, asociación de damas colaboradoras, etc.).
10. Presentar la cuenta pública anual de la gestión producción, productividad, económica y financiera del establecimiento.
11. Presidir el comité de gestión de usuarios.
12. Elaborar las actividades a desarrollar por el comité de usuarios.
13. Presentar en forma mensual a los comités de asesoría interna sobre las acciones de la marcha del establecimiento y adoptar las asesorías que el comité presente.
14. Participar en la comisión mixta del convenio asistencial de la Universidad Católica de la Santísima Concepción.
15. Coordinar, en conjunto con auditoría, la solicitud de informes solicitados por el ministerio público.
16. Atender las consultas de usuarios por diversas situaciones que le aquejan.
17. Participar y presidir los comités de infección intra-hospitalaria, gestión financiera, consejo asesor, consejo técnico de empleados, entre otros.

18. Coordinar las reuniones de gestión con los gremios para mejora de la gestión de los recursos humanos. (FENAP, FENPRUS1, Colegio médico). 1Federación Nacional Profesionales Universitarios de la Salud.
19. Aprobar los planes estratégicos de los diferentes centros de responsabilidades.
20. Presentar evaluaciones trimestrales de la marcha del establecimiento al gestor de red en los ámbitos de producción, productividad, licencias médicas, gestión económica, gestión financiera, gestión de reclamo y sugerencias, demandas judiciales al establecimiento.
21. Aprobar el programa anual de relaciones públicas.
22. Participar en el informativo Doña Herminda.

Sub-Dirección Médica

23. Evaluar la gestión de los servicios, las unidades y centros de responsabilidades a su cargo.
24. Programar las actividades tanto clínica como quirúrgica a partir de la información de los centros de responsabilidades.
25. Definir los productos y los sub-productos que deben desarrollar los centros de responsabilidades.
26. Coordinar las acciones (por medio de reuniones permanentes) de los procesos desarrollados al interior de los centros de responsabilidades.
27. Evaluar el cumplimiento del arsenal farmacológico.
28. Evaluar el cumplimiento de las infecciones intra-hospitalarias.
29. Desarrollar las acciones de implementación de nuevas prestaciones asociadas a los compromisos con el gestor de red y subsecretaría de red.
30. Informar en forma trimestral al director sobre la situación de lista de espera tanto quirúrgica como ambulatoria del establecimiento.
31. Gestionar los recursos físicos, humanos y financiero del área médica en forma oportuna en beneficio de los usuarios del sistema.
32. Administrar los recursos necesarios para la adecuada provisión del hospital en las áreas clínicas y de apoyo, tales como fármacos, usos clínicos, insumos diversos.

33. Establecer procedimientos para la buena operación de los equipos, clínicos, industriales y otros de apoyo a la gestión de los servicios clínicos, unidades de apoyo y secciones.

Sub-Dirección Administrativa

34. Desarrollar el presupuesto de operación del establecimiento y de los centros de responsabilidades.
35. Evaluar la gestión de los centros de responsabilidades a su cargo en forma periódica.
36. Evaluar la gestión financiera del establecimiento y de los centros de responsabilidades a su cargo como los centros de responsabilidades a cargo de la subdirección médica
37. Coordinar la programación de actividades en los ámbitos de los recursos humanos de los apoyos logísticos y de la coordinación de ingreso de usuarios al sistema.
38. Aprobar el programa anual de mantenciones preventivas.
39. Aprobar el programa anual de los recursos humanos en los ámbitos de políticas, plan anual de capacitación, comité paritario, Comité de riesgos laborales Comité de capacitación ley 18.834
40. Aprobar el programa de salud para los funcionarios.
41. Aprobar el programa anual de bienestar para los funcionarios y sus evaluaciones permanentes (cada tres meses).
42. Aprobar el programa anual de costos de insumos básicos (electricidad, agua potable, telefónico, calefacción, etc.).
43. Aprobar el programa de inversiones con recursos propios tanto en el ámbito clínico como administrativo.
44. Participar en el comité de gestión financiera.
45. Presentar al director el presupuesto anual del hospital y por centros de responsabilidad.
46. Presentar al director el programa anual de abastecimiento y evaluación de esto.
47. Presentar el programa financiero al director y las evaluaciones permanentes.

48. Presentar el programa anual de ingresos propios en sus diferentes componentes (pensionado, centro de responsabilidad, venta de servicios y otros).
49. Presentar el programa anual de inducción.
50. Presentar el programa anual de desvinculación del personal y costos asociados.
51. Presentar el programa anual de hospitalización del establecimiento.
52. Informar en forma trimestral el avance de la gestión de producción y productividad.
53. Informar en forma trimestral al director sobre la situación de lista de espera tanto quirúrgica como ambulatoria del establecimiento.
54. Participar en la evaluación anual de los establecimientos autogestionados en red (sub-dirección médica, administración y de enfermería).
55. Informar al director en forma mensual sobre el cumplimiento de garantía de las patologías AUGE.
56. Elaborar informes de evaluación económico-financiera del hospital e informes sobre aspectos como licencias médicas, indicadores de riesgo laborales y producción del establecimiento.
57. Presentar un plan de mejora de aquellas actividades que muestran deficiencias y deben ser superadas.
58. Gestionar los recursos físicos, humanos y financieros del establecimiento permitiendo su aplicación oportuna en beneficio de los usuarios del sistema.
59. Proponer estrategias y programas para asegurar la capacidad operativa del establecimiento, asegurando la calidad de las acciones de salud, a través de un personal idóneo, procesos logísticos de apoyo y estructuras apropiadas.
60. Participar en conjunto con el equipo directivo del hospital en la definición, puesta en marcha y operación de los sistemas de información y sus plataformas operativas y de comunicaciones en el marco de las políticas del sector salud.
61. Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, normas técnicas e instrucciones relativas a materia de su competencia.
62. Velar por el cumplimiento de las políticas y normativas en materia de recursos humanos del hospital.
63. Negociar los compromisos de gestión con el Sub-departamento de Recursos Humanos.

64. Elaborar el proyecto de presupuesto anual de ingresos y gastos de recursos humanos, de bienes y servicios de consumo y de inversión, en coordinación con el Servicio de Salud.
65. Definir el criterio de asignación presupuestaria por cada centro de responsabilidad y por ítems de ingreso y gastos del establecimiento.
66. Monitorear y evaluar el cumplimiento de los compromisos y planes financiero del establecimiento.
67. Velar por que las actividades asistenciales programadas tengan respaldo financiero pertinente.
68. Controlar la ejecución financiera de los proyectos de inversión del establecimiento ya sean estos de ejecución con presupuesto del establecimiento, fondos regionales o financiamiento de diferentes fuentes asignado por el Ministerio de Salud.
69. Administrar los recursos necesarios para la adecuada provisión del hospital en las áreas clínicas y de apoyo, tales como fármacos, usos clínicos, insumos diversos.
70. Establecer procedimientos para la buena operación de los equipos, clínicos, industriales y otros de apoyo a la gestión de los servicios clínicos, unidades de apoyo y secciones.
71. Gestionar la buena limpieza de los pasillos de circulación interna y su permanente buena manutención.
72. Coordinar la programación de las producciones industriales a fin de la subdirección (Alimentación, Lavandería, Esterilización, Vapor).

Sub-Dirección De Enfermería

73. Presentar al director el programa anual de cuidados (evaluación).
74. Participar de los comités de participación ciudadana, de espiritualidad y de infección intra-hospitalaria.
75. Coordinar las acciones de enfermería en los centros de responsabilidades finales e intermedios.
76. Presentar plan de mejoras de los aspectos críticos del accionar de enfermería.

77. Participar en el comité de coordinación con universidades e institutos profesionales que tienen convenios de práctica profesional (enfermería, matronería, técnico paramédico, etc.).
78. Participar en los diferentes comités tanto en la sub-dirección médica como administrativa.
79. Elaborar el programa anual de contención de caídas y evaluación.
80. Apoyar los procesos de gestión clínica y administrativa.
81. Presentar el programa anual de recursos de enfermería necesarios para el cumplimiento de metas del establecimiento.
82. Coordinar el programa de capacitación en el ámbito de enfermería.

Sub-Dirección De Desarrollo Institucional

83. Elaborar los proyectos de inversión para diferentes fuentes de financiamiento (FNDR), fondos sectoriales, fondos ministeriales y otros fondos.
84. Participar en la evaluación anual de los programas Peca y evaluación de gestión.
85. Evaluar las situaciones de quiebres en centros de responsabilidad para presentar programas de acciones de mejoras.
86. Presentar programas de Coaching en aquellos centros de responsabilidad que deben ser intervenidos por el alto nivel de clima laboral.
87. Presentar el programa anual de desarrollo del establecimiento.
88. Evaluar el grado de cumplimiento del programa de desarrollo quinquenal en forma mensual.
89. Evaluar la gestión de los procesos clínicos y administrativos de los centros de responsabilidad.
90. Coordinar en los centros de responsabilidades la presentación del plan estratégico anual de cada uno de ellos.

Anexo N° 4

ORGANIGRAMA DEL HCHM (PROPUESTO)

