

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**  
**ESCUELA DE INGENIERÍA COMERCIAL**



**Autogestión hospitalaria: ¿La solución a las falencias del sector?;**  
**“PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN”**

MEMORIA PARA OPTAR  
AL GRADO DE LICENCIADO EN CIENCIAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE  
EMPRESAS Y AL TÍTULO DE INGENIERO COMERCIAL

**Profesor Guía: SR. LUIS GONZALO GARCIA RUBILAR**

**Alumnas: SRA. SANDRA ESTER BRAVO CÓRDOVA**  
**SRA. ANA EMILIA MORA CÓRDOVA**

**LOS ANDES, 2012**

## **TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Página</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>I.    Objetivos</b>	<b>9</b>
<b>II.   METODOLOGÍA</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MARCO TEORICO</b>	
1.1.  Legislación para la Reforma del Sector de la Salud en Chile	11
1.2.  Gestión Hospitalaria basado en Enfoque de Derechos	12
1.3.  Estrategias Organizacionales para la Autogestión de Hospitales Públicos en Red	14
1.4.  Sistemas de Control de Gestión para Organizaciones Públicas	15
1.4.1  Aplicación de la Estrategia a las organizaciones	16
1.4.2  Aplicación del Cuadro de Mando Integral en Organizaciones Sanitarias	17
1.4.3  Modelo EFQM	20
1.5.  Conclusiones	21
<b>CAPITULO II</b>	
<b>LA REFORMA DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED Y SUS LIMITANTES</b>	
2.1  El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES)	22
2.2.  Institucionalizar los cambios organizacionales	22
2.3.  Desarrollar el Capital Humano	23
2.4  El Dilema de la Descentralización	23
2.5  Aspectos de la Resistencia al Cambio	24
2.6.  Centralización versus descentralización	25
2.7  El Marco Legal - Estructura del Sistema de Salud	26
2.8  Observación de la Gestión de los Establecimientos Autogestionados según indicadores	30
2.8.1  Comparación entre Hospitales Autogestionados, según Indicadores de Actividad Hospitalaria.	31

### Capítulo III

## PROPUESTA DEL METODO CONJUNTO PARA UNA MEJOR GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED.

3.1	Adaptación del “Diseño del Cuadro de Mando Integral Para Un Hospital Público”, desarrollado en base a los Modelos de Excelencia, por Jesús Pastor y Luís Navarro	37
3.1.1	Cuadro de Mando Integral	37
3.1.2	Perspectivas del Balanced Scorecard	39
3.1.3	Objetivos Estratégicos	40
3.1.4	Mapas Estratégicos	40
3.1.5	Construcción de un Balanced Scorecard	40
3.2	Modelo EFQM de Excelencia	41
3.2.1	Agentes y Resultados	43
3.2.2	Innovación y Aprendizaje	44
3.2.3	Liderazgo – El Motor del Modelo	44
3.2.4	Política y Estrategia. La Planificación a mediano y Largo Plazo	45
3.2.5	Gestión del Personal	45
3.2.6	Colaboradores y Recursos – El Núcleo de la Gestión Clásica	46
3.2.7	Procesos – El Núcleo del Modelo	46
3.2.8	Resultados en los Usuarios	47
3.2.9	Resultados en el Personal	48
3.2.10	Resultados en la Sociedad	49
3.2.11	Rendimiento Final	49
3.3	Adaptación del “Diseño del Cuadro de Mando Integral para Un Hospital Público Desarrollado en Base a los Modelos de Excelencia, para su uso en Establecimientos Autogestionados	50
3.3.1	EFQM y CMI: Diferentes Enfoques de Gestión	52
3.3.2	Criterios del EFQM Contenidos en las perspectivas del CMI.	54
3.3.2.1	Perspectiva Financiera	54
3.3.2.2	Perspectiva de Clientes	55
3.3.2.3	Perspectiva de Procesos Internos	56
3.3.3	Complementariedad del EFQM y el CMI	58
3.3.4	Como se utilizan el EFQM y CMI conjuntamente	59
3.3.5	Como se construye e implanta un CMI	63
3.3.6	Resultados	67

## **CAPÍTULO IV**

**CONCLUSIONES** 68

**ANEXOS** 71

- I. Evaluación de los Establecimientos de Alta Complejidad de la red Asistencial Pública, 2008 - 2009
- II. Evaluación de los Establecimientos de Alta Complejidad de la red Asistencial Pública, corte septiembre 2011
- III. Balanced Scorecard para Entidades con Fines de Lucro
- IV. Balanced Scorecard para el Sector Público y No Gubernamental
- V. Mapa de Relaciones Causa-Efecto
- VI. Mapa Estratégico de un Hospital
- VII. Mapa Estratégico Empresa
- VIII. Comparación del CMI y el Modelo EFQM de Excelencia
- IX. Criterio 2 del Modelo EFQM de Excelencia
- X. Indicadores BSC/EFQM Perspectiva Financiera y Clientes
- XI. Indicadores BSC/EFQM Perspectiva Procesos Internos
- XII. Indicadores BSC/EFQM Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento
- XIII. Aspectos Principales del Reglamento de los Establecimientos Autogestionados en Red.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 91

## RESUMEN EJECUTIVO

En el año 2004 con la aprobación la ley N° 19.937, denominada "Ley de Autoridad Sanitaria", que modifica el decreto ley N° 2763 de 1979, se crea entre otros, la figura de "**Establecimiento de Autogestión en Red**", en adelante EAR, posteriormente en septiembre del año 2005 se aprueba el decreto N° 38 del Minsal, que establece el reglamento orgánico para este tipo de establecimientos<sup>1</sup>.

La nueva legislación pretende otorgar a los hospitales mayor independencia y flexibilidad para el manejo de sus recursos y servicios, permitiendo gestionar con el sistema privado con mayor libertad, además de transferir mayores facultades administrativas para la gestión de su presupuesto.

La calidad de autogestionado depende del cumplimiento de ciertos estándares que garanticen la seguridad de las prestaciones que otorgan, siendo responsabilidad del Ministerio de Salud la elaboración de dichos estándares y sus criterios de verificación<sup>2</sup>.

Según la opinión de algunos expertos<sup>3</sup>, la comparación de indicadores de uso habitual, no presenta diferencias importantes entre hospitales autogestionados y no autogestionados. No existiendo algún patrón observado que permita levantar una hipótesis razonable relativa a diferencias en la actuación de los mismos, vista ésta a través de los indicadores gruesos habituales. Todo esto no necesariamente implica que la autogestión no haya tenido efecto alguno sobre el desempeño hospitalario. Estos resultados parecen afectados por cuestiones estructurales como desbalances entre la capacidad instalada y la demanda, en cualquier sentido, lo que es válido para cualquiera de los hospitales y dice relación con cuestiones difíciles de modificar en el corto plazo.

Queda claro que el proceso de autogestión hospitalaria implica cambios importantes en el sistema administrativo y gerencial de los establecimientos hospitalarios públicos, los cuales por años han permanecido con una estructura piramidal y centralizada, por lo mismo se requiere que este proceso vaya acompañado de estrategias que permitan desarrollar primero que nada una visión de cambio organizacional, donde tanto los directores de los establecimientos, como todos los estamentos que lo conforman jueguen un papel primordial; todo esto en el contexto de la creación de centros de responsabilidad, que refuerzan la teoría descentralizadora ya planteada. Por lo mismo, es que se requiere de la implementación de modelos de gestión efectivos, que permitan concretar la tarea impuesta, es por esto que en el presente trabajo se plantea el uso conjunto de dos modelos de gestión, que entre sí potencian la aplicación de los mismos.

---

<sup>1</sup> Cuadernos Médico Sociales - **sitio web: [www.colegiomedico.cl](http://www.colegiomedico.cl)**

<sup>2</sup> Rev Chilena Salud Pública 2009; Vol 13 (3): 169-174 – Cifras de hoy en Salud Pública.

<sup>3</sup> A opinión de algunos expertos y actores gremiales, existen aún varias limitantes que no permiten que el proceso se desarrolle se planificación en sus inicios. Por una parte esta la visión de los funcionarios como un proceso de privatización y por otro desbalances presupuestarios y falta de recursos especializados, tanto físicos, como humanos.

## **INTRODUCCIÓN**

Con el objetivo de optimizar la administración y el funcionamiento de los hospitales públicos, el Ministerio de Salud desarrolló en el año 2004 el modelo de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR - Ministerio de Salud – Reglamento Orgánico EAR), con el propósito de que el modelo de autogestión en red expresado en la ley 19.937, aplique las facultades y atribuciones que le permitan a los hospitales de alta complejidad pasar a la condición de Establecimientos Autogestionados en Red. De esta manera, los hospitales optimizarán su funcionamiento, organizando de mejor manera los recursos disponibles para dar respuestas rápidas y efectivas en un entorno de mayores demandas y exigencias, y asumiendo los mayores niveles de conocimiento e información de la población usuaria.

El camino de la autogestión en red permite revisar y revelar los procesos asistenciales y administrativos claves para la gestión de la organización en dos niveles; gestión y administración de recursos.

Cabe mencionar que esta condición de autogestión es en red, es decir, no se trata de autonomía para que el EAR realice las actividades y prestaciones de salud que deseen o estimen necesarias, sino para cumplir con la cartera de servicios y la programación de toda la Red Asistencial. (Ministerio de Salud – Reglamento Orgánico EAR)

El EAR puede autogestionar los recursos y tener la organización que les parezca más funcional, solamente si se dedica a cumplir con las prestaciones contenidas en la Programación de la Red Asistencial.

En otras palabras, debe mejorar la gestión para cumplir con el Encargo Sanitario que le hace el Gestor de la Red Asistencial, y de esa forma asume bajo su responsabilidad a la población a cargo de su territorio.

En este contexto, surge la necesidad de establecer una serie de requisitos y mecanismos de control de gestión que permitan mejorar el desempeño y efectividad de la estrategia en las instituciones públicas. Por lo tanto, la aplicación de instrumentos de gestión es imprescindible para optimizar los recursos con los que cuentan dichas instituciones y por ende dar cumplimiento a lo solicitado por el ente superior.

Si bien existe un planteamiento por parte del Gobierno de lo que se debe desarrollar para la consecución de las metas sanitarias, no existe tanta claridad en la aplicación de estrategias, que permitan un desarrollo eficiente de las mismas, lo cual se entrapa en una serie de limitantes, por una parte la incertidumbre frente al cambio, la percepción de descentralización como una forma de privatización, el deficiente manejo de los recursos financieros, físicos y humanos.

El objetivo de la presente tesis, es dar a conocer algunos aspectos que influyen en el proceso de Autogestión Hospitalaria en Chile y presentar un modelo complementario (EFQM<sup>4</sup>) al actual Modelo de Gestión BSC<sup>5</sup>, que fue implementado a partir del 2° semestre del año 2010 por el Ministerio de Salud, permite medir gestión y desarrollar estrategias. El fin de complementar ambos modelos, torna al actual modelo mucho más eficiente, con un menor número de indicadores.

---

<sup>4</sup> EFQM . Modelo Europeo de Excelencia Empresarial

<sup>5</sup> Balance Scorecard o Cuadro de Mando Integral

## **I. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

1. Realizar un diagnóstico del Proceso de Autogestión hospitalaria llevado a efecto en Chile.
2. Determinar en qué grado la descentralización, a través de la figura de la Autogestión afecta la eficiencia en la prestación de servicios de los establecimientos de Salud Pública.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer el los algunos aspectos Proceso de Autogestión Hospitalaria.
2. Evaluar si el proceso de Autogestión genera una mejor administración de los recursos y contribuye a incrementar la eficiencia en el desempeño de las actividades de los Hospitales, a través de la evaluación estadística de algunos establecimientos.
3. Proponer un el uso conjunto de instrumentos de gestión, para potenciar el método utilizado actualmente.

## **II. METODOLOGÍA**

Para el desarrollo del presente estudio se realizó una revisión y resumen de la literatura de gestión y de la política de salud existente.

a) Revisión de fuentes secundarias.

b) Identificación de los aspectos más relevantes de la gestión en la organización. Los espacios de análisis incluyen: servicios, estrategias, relación con el entorno,

estructura, procesos de toma de decisión, procesos sustantivos y de soporte, sistemas, recursos y el clima organizacional.

c) Determinación de los problemas más sustantivos y secundarios. La recopilación y evaluación de la información básica, permitió identificar los problemas claves del proceso.

d) Se elaboró un análisis sistémico para presentar los resultados de una manera integral y comprender la interacción entre los principales problemas detectados y sus causas.

e) Finalmente, conclusiones y recomendaciones del presente estudio, que puedan brindar elementos que nos permitan determinar en qué grado la descentralización, a través de la figura de la Autogestión afecta la eficiencia en la prestación de servicios de los establecimientos de Salud Pública y según nuestra visión entregar algunos aportes para el mejoramiento de algunos procesos.

## Capítulo I

### Marco Teórico

#### 1.1. Legislación para la Reforma del Sector de la Salud en Chile

Debido a la incipiente necesidad de crear nuevos mecanismos de gestión para superar la crisis del sector salud, es que a partir del año 2000 las autoridades del momento anunciaron que el sector sería objeto de reformas, inspiradas por objetivos sanitarios enfocados principalmente a la equidad en el acceso, en la calidad de los servicios provistos y en la protección financiera brindada a las personas, en una perspectiva de protección universal.

Entre los años 2000 y 2005, un Comité Interministerial conformado por Hacienda, Salud, Trabajo y Secretaría General de la Presidencia estuvo a cargo de un proceso que culminó en leyes que incluyeron los contenidos de la reforma. Creando una Secretaría Ejecutiva en el Ministerio de Salud para su diseño y traducción en los proyectos de ley que se enviaron a tramitación.

- **La Ley N° 19.888 del 2003, de Financiamiento**, consideró alzas del Impuesto al Valor Agregado y de otros impuestos específicos para financiar el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES) entre otros programas.
- **La Ley N° 19.895 del 2003, Corta de Isapres**, instruyó sobre normas de solvencia financiera para las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera entre éstas y resolvió el destino de la cartera de beneficiarios de la Isapre de Inverlink, que había quebrado.
- **La Ley N° 19.937 de 2004, de Autoridad Sanitaria**, que separa las funciones de Salud pública de las de prestación de servicios, lo que significó la creación de dos subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales y a nivel territorial, el traspaso de las funciones de salud pública desde los Servicios

de Salud a las Secretarías Regionales Ministeriales. Al interior de los servicios de salud, definidos como gestores de redes., la ley creó la figura de los hospitales autogestionados en red. Por último, la Ley amplió las facultades de la Superintendencia de Isapres asignándole la fiscalización de Fonasa y la regulación de los prestadores de salud para la garantía de calidad del Plan AUGE.

- **La Ley N° 19.966 del 2004, del Plan AUGE**, estableció un plan de salud obligatorio para Fonasa e Isapres (Régimen de Garantías Explícitas o Plan AUGE), consistente en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social. Este es el core de la Reforma y su característica clave es la exigibilidad de derechos, en términos de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones.
- **La Ley N° 20.015 del 2005, Larga de Isapres**, regula la adecuación anual de contratos, alzas de precios y tablas de factores de riesgo por edad y sexo y establece Fondo de Compensación para el Plan AUGE, que implica transferencias de recursos entre las Isapres, basadas en diferenciales de riesgo de sus carteras de afiliados<sup>6</sup>.

## 1.2. **Gestión Hospitalaria basado en Enfoque de Derechos**

La práctica de una política pública con enfoque de derechos en salud está determinada por la gestión de los hospitales públicos. Lo anterior tiene que ver con la presencia de esquemas de gobierno corporativo indeterminados y vulnerables a la captura por parte de interesados, así como con marcos jurídico-administrativos estrechamente vinculados a las rígidas reglas que regulan

<sup>6</sup> Revista Chilena de Salud Pública 2009; Vol 13 (3). - (Ministerio de Salud de Chile, Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, año 2005).

la administración del Estado como el Estatuto Administrativo y las cuestiones propias de la política fiscal. Esta es la primera idea que cabe establecer.

La política fiscal impone sobre los hospitales el rigor de presupuestos con reglas estrictas de expansión y, en ese marco, el control de la dotación de personal y de la escala única de sueldos son básicos para contener el gasto. La deuda con proveedores de los hospitales que se resuelve tradicionalmente con aportes estatales extraordinarios, así como las listas de espera que resultan de la restricción de oferta y de otros trastornos funcionales de la Red, son expresión de las limitaciones que existen para operar.

Los incumplimientos de las garantías del Plan Auge a beneficiarios Fonasa se deben principalmente a una restricción de orden semi-estructural, que combina falta de recursos con limitaciones para gestionar.

Por otro lado, la oferta de servicios del sector privado de salud en Chile es importante en tamaño, diversidad y complejidad técnica y en la última década duplicó su capacidad instalada, invirtiendo muy por encima de lo observado en el sector público.

En síntesis, el ambiente es competitivo, particularmente en un escenario con derechos exigibles, dadas las limitaciones en la capacidad de cumplimiento de las garantías vía hospitales públicos. Estas harán necesario recurrir a prestadores privados para cumplirlas, prestadores que no presentan problemas de expansión de oferta, captando incluso recursos profesionales de los propios hospitales públicos y profundizando su crisis.

Una de las cuestiones que la Reforma consideró fue la denominada Autogestión Hospitalaria, consistente en la transferencia de facultades

administrativas de los servicios de salud a los hospitales. Sin embargo, desde un comienzo se habló de autogestión en red, punto importante del tema planteado.

La autogestión en red implica introducir racionalidad en el uso de servicios en distintos niveles de capacidad resolutive y se ponen en juego capacidades de los hospitales para definir y administrar su cartera de servicios, aquello que los hospitales están en condiciones de ofrecer, mecanismos de referencia y contra referencia<sup>7</sup> de pacientes y, finalmente, sus listas de espera. Estas capacidades son esenciales en un hospital público autogestionado en red.

### **1.3. Estrategias Organizacionales para la Autogestión de Hospitales Públicos en Red**

La Ley de Autoridad Sanitaria estableció una lista de 59 hospitales que podrían postular a la categoría de Autogestionados en Red (EAR).

Entre los años 2005 y 2007, once cumplieron con las condiciones establecidas en el instrumento de evaluación. De acuerdo a lo establecido en la Ley, los hospitales restantes entrarían en régimen EAR a partir del 1 de enero del 2009.

Antes del cumplimiento del plazo, el Ministerio de Salud declaró que los hospitales no se encontraban preparados para enfrentar la condición de EAR y convino con el Parlamento el aplazamiento de un año para la entrada en vigencia de esta disposición. Simultáneamente, se comprometió la realización de un programa de acompañamiento para esos hospitales.

---

<sup>7</sup> Conjunto de recursos, procesos, procedimientos, flujos, normas técnico-administrativas, que permiten prestar atenciones de salud a los usuarios, acorde a sus necesidades, con oportunidad, eficiencia y eficacia. Referencia: remisión de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica entre prestadores de salud, de acuerdo a su grado de complejidad. Contrarreferencia: respuesta que de los receptores de la referencia dan al prestador que los remitió, mediante informes remitidos al profesional del nivel primario.

El Programa de Acompañamiento para Hospitales Autogestionados, tiene su origen en una iniciativa de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud de Chile, impulsada el año 2009 para apoyar a los hospitales públicos que serían certificados el año 2010 como autogestionados, conforme a la Ley de Autoridad Sanitaria. Para ello, la Subsecretaría consideró un diagnóstico previo de necesidades de los hospitales y las propuestas de distintos oferentes.

#### **1.4 Sistemas de Control de Gestión para Organizaciones Públicas**

La necesidad de disponer de un sistema de control de gestión que permita guiar a la organización en el logro de su estrategia, ha obligado a desarrollar, diversos modelos y teorías al respecto. Condición que ha sido recogida para este trabajo de tesis, realizando una revisión bibliográfica de dos modelos de gestión, que permitan conocer como han evolucionado y como enfrentan el desafío de las organizaciones sin fines de lucro en su afán de cumplir con sus objetivos organizacionales.

La incorporación de modelos de Control de Gestión en instituciones sin fines de lucro, es una necesidad latente en estos tiempos, pero no asegura el éxito de la implantación de una estrategia. Es necesario considerar la dinámica del sistema, el valor del capital humano (capacidades, compromiso, etc) y el conocimiento de los distintos Stakeholder<sup>8</sup> involucrados, entre otras características.

Dada las condiciones muy particulares de las instituciones públicas como son los hospitales, existen elementos que dificultan los procesos de cambio, como son las estructuras organizacionales rígidas y la cultural organizacional, que deben ser consideradas en la implantación de cualquier cambio.

---

<sup>8</sup> Son quienes pueden afectar o son afectados por las actividades de una empresa, vale decir los actores.

El planteamiento de un Sistema de Control de Gestión para una entidad pública debe tener presente que existen limitaciones tanto estructurales, como culturales, que influyen directamente en el éxito o fracaso del sistema implementado, en este contexto es que debemos enfocar nuestro sistema al logro de la estrategia planteada por nuestra organización.

#### **1.4.1 Aplicación de la Estrategia en las organizaciones**

La estrategia ha evolucionado continuamente, siguiendo diferentes líneas de pensamiento. La visión que presenta los orígenes de la estrategia como un modelo de estructura de pensamiento en administración, Druker<sup>9</sup>, fue uno de los primeros en utilizar el término estrategia en administración, al destacar que las organizaciones debían saber cual era su negocio (actual) y en cual querían estar (futuro)<sup>10</sup>.

Pero el tiempo ha demostrado, que lamentablemente no basta con formular sólo buenas estrategias, sino que es necesario una adecuada implementación, por lo que aparece la Dirección estratégica, que se define como “un sistema integrado de dirección, que interrelaciona al proceso de formulación de estrategias con la implementación de estas”. Importancia que a pesar de ser reconocida en muchas oportunidades se transforma en un enigma, dado problemas internos, políticas erróneas, falta de procesos formales, o en el caso de existir están mal diseñadas, luchas de poder y falta de comunicación son algunos de los obstáculos que enfrenta la implementación de una estrategia. Problemas, que permiten deducir que esta etapa no es un proceso rígido, ni exacto, ya que el factor humano juega un rol esencial, destacando algunos elementos que hacen fracasar la implementación como son:

- La gestión diaria se realiza separadamente de los objetivos estratégicos futuros.
- No existe apropiabilidad de la estrategia por parte de los trabajadores.

- La Misión y los Valores son poco concretos, se encuentran enlazados débilmente con los sistemas formales de la organización.
- Las estrategias no bajan en la organización, ni llegan a constituirse en agendas de trabajo que formen parte del trabajo habitual de los miembros de la empresa.

Dado lo anterior, podemos deducir que para que una estrategia se implemente con éxito, debe existir una coherencia entre lo que ocurre y lo que debería ocurrir dado la estrategia definida, lográndose mediante la inducción de la conducta de las personas al logro de los objetivos de la organización.

#### 1.4.2 Aplicación del Cuadro de Mando Integral en Organizaciones Sanitarias

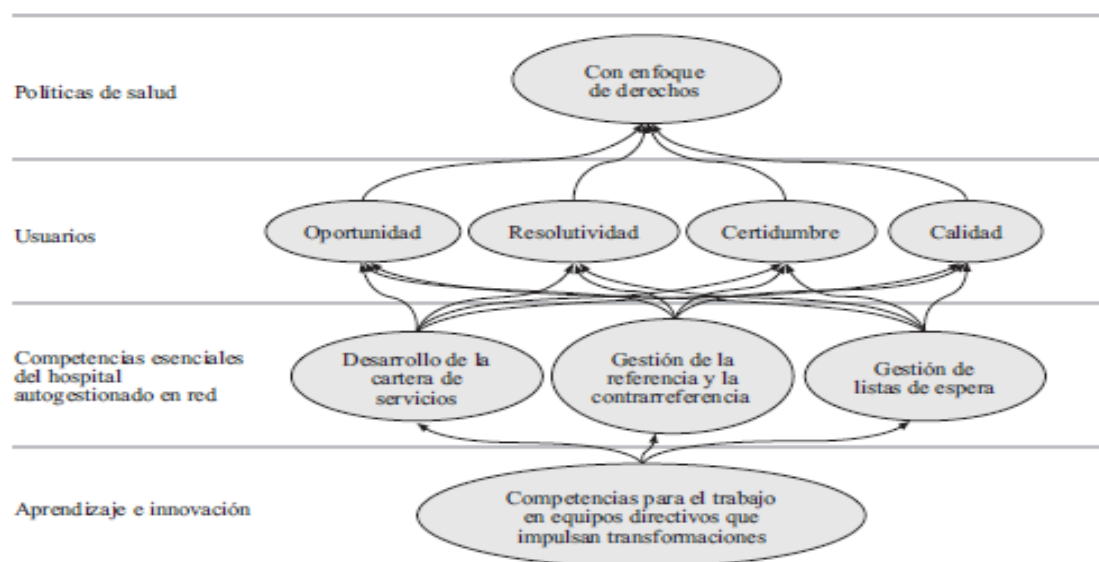


Figura 1. Mapa estratégico de un hospital autogestionado en red.

Diagrama extraído del documento “Competencias Esenciales para la Gestión en Red”, de Marco Vergara y Ligia Bisama

En el Diagrama anterior se aprecia un Mapa Estratégico de un Hospital Autogestionado; la base de este son los tres subsistemas que conectan entre sí la cartera de servicios, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y las listas de espera. El primero, vinculado estrechamente a la estrategia de desarrollo y al rol de la organización dentro de la red. El segundo, a la operación cotidiana

de la red y, el tercero, a la optimización de la espera (plazos y prioridades) y a la retroalimentación de los anteriores. Este Mapa sirve de base para el Cuadro de Mando Integral, es una forma de dibujar la estrategia entre grupos de interés y nos ayuda a entenderla y visualizarla.

El Mapa Estratégico define dicha estrategia a partir de la Misión, Visión y los Valores de la empresa, traduciendo esta en Objetivos operativos, medidos por indicadores que constituyen una guía para obtener resultados y comportamientos estratégicamente alineados de los actores claves.

El CMI es un instrumento de gestión, que facilita la comunicación y la puesta en funcionamiento de la estrategia organizacional, es decir, es un marco que contienen un conjunto de indicadores seleccionados que ayudan a la organización a ejecutar sus factores claves para el éxito, los cuales son definidos al generar la visión estratégica de la compañía. Los gobiernos están sujetos a grandes exigencias por parte de la sociedad, la cual demanda una asistencia sanitaria de calidad, y con un rápido acceso a la misma. Los responsables de los centros sanitarios deben controlar el gasto sanitario y llevarlo a niveles que puedan ser financiados por los presupuestos del Estado y por los propios contribuyentes.

Teniendo en cuenta las particularidades del sector sanitario, la elaboración de un CMI para este tipo de organizaciones, tendrá que adaptarse a las mismas, para lograr que la utilización de dicha herramienta sea exitosa, ya que en caso contrario, estaría destinada a un escaso uso, por tanto a desaparecer.

La importancia de disponer de sistemas de medición, es clave en este modelo de gestión, por cuanto en estos tiempos en donde la información es clave, no se puede dejar sin control las diversas variables que afectan a la organización. Variables que no son solamente las financieras. En donde el CMI, de esta forma

permite apoyar en la traducción de la visión y estrategia de la empresa, en indicadores de actuación coherentes, que a diferencia de los sistemas tradicionales de control en que se busca seguir lo preestablecido, aquí se fomenta la comunicación, información y formación que permita ir hacia el logro de los objetivos de la organización.

El CMI presenta 4 perspectivas, las cuales permiten sustentar un equilibrio de los objetivos de corto y largo plazo, descritas a continuación:

**I. Perspectiva Financiera:** Permite tener un conocimiento de los distintos eventos económicos que suceden en la organización

**II. Perspectiva del Cliente:** Se relaciona con la identificación de los segmentos del mercado, la capacidad de incluir indicadores que permitan determinar niveles de satisfacción, retención, adquisición y rentabilidad de los clientes e identificar la cuota de mercado de los distintos segmentos seleccionados.

**III. Perspectiva del Proceso Interno:** Corresponde a la identificación de procesos internos críticos en donde se debe buscar la excelencia que permita dar la mayor satisfacción a los clientes, junto al cumplimiento de los objetivos financieros. En que la diferencia fundamental, con los enfoques tradicionales de procesos es que estos se centran en procesos existentes, en cambio el CMI se preocupa además de anticiparse con nuevos procesos. Condición que involucra desarrollar ambos ámbitos (Innovación, operativo).

**IV. Perspectiva de Formación y Crecimiento:** Esta se orienta hacia la identificación de la estructura que la empresa debe construir hacia futuro, que permitan crear desarrollo, siendo las perspectivas del cliente y del proceso interno las que identifican los factores críticos par lograr el éxito tanto de hoy como en el futuro.

### 1.4.3 MODELO EFQM

El **Modelo EFQM**<sup>11</sup> es un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo.

Esto no supone una contraposición a otros enfoques (aplicación de determinadas técnicas de gestión, normativa ISO, normas industriales específicas, etc.), sino más bien la integración de los mismos en un esquema más amplio y completo de gestión.

La **utilización sistemática y periódica del Modelo EFQM** por parte del equipo directivo permite a éste el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar. Es decir, su aplicación se basa en:

- La *comprensión* profunda del modelo por parte de todos los niveles de dirección de la empresa.
- La *evaluación* de la situación de la misma en cada una de las áreas.
- Un conjunto de *criterios* de excelencia empresarial que abarcan todas las áreas del funcionamiento de la organización.
- Un conjunto de *reglas* para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio. Hay dos grupos de *criterios*:
  - Los *Resultados* (Criterios 6 al 9) representan lo que la organización consigue para cada uno de sus *actores* (Clientes, Empleados, Sociedad e Inversores).

---

<sup>11</sup> Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, modelo *no normativo*, cuyo concepto fundamental es la *autoevaluación* basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo.

- Los *Agentes* (Criterios 1 al 5), son las causas de los resultados. Para cada grupo de criterios hay un conjunto de *reglas de evaluación* basadas en la llamada “lógica REDER”.

Los *resultados* han de mostrar tendencias positivas, compararse favorablemente con los objetivos propios y con los resultados de otras organizaciones, estar causados por los enfoques de los agentes y abarcar todas las áreas relevantes.

Los *agentes* han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros **aspectos del sistema de gestión**, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar, y han de estar sistemáticamente desplegados e implantados en las operaciones de la organización.

## **1.5. Conclusiones**

El objetivo fundamental de la Autogestión Hospitalaria, es que los establecimientos de mayor y mediana complejidad, que adquieran la calidad de de EAR, mejoren su eficiencia mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidad al Director del establecimiento, para la gestión de los recursos humanos, financieros y físicos.

En base a los antecedentes existentes, podemos plantear que la Autogestión Hospitalaria en nuestro país es una vía de mejora válida, pero necesariamente debe ir acompañada de diseños estratégicos de su gestión, que permitan involucrar a todos los actores en forma transversal, todo esto respaldado por modelos de gestión eficientes, de fácil aplicación y transversalmente entendibles, para que exista un verdadero compromiso, que permita el logro del objetivo planteado por la institución.

## **Capítulo II**

### **LA REFORMA DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED – INDICADORES DE GESTIÓN**

En el presente capítulo describiremos brevemente algunos aspectos de la Reforma al Sistema de Salud en Chile, que se puso en marcha a partir del año 2004, enmarcado en las iniquidades existentes. Centraremos nuestro estudio en la creación de los Hospitales Autogestionados en Red, cuyo fin principal es mejorar la gestión de los establecimientos de mayor complejidad, mediante la implementación de un nuevo modelo, que entrega mayor autonomía y flexibilidad para gestionar sus recursos, pudiendo generar los propios.

Por último evaluaremos los indicadores de 4 establecimientos autogestionados, los cuales nos permitirán detectar si el proceso ha cumplido con los objetivos planteados por el MINSAL (Ministerio de Salud).

#### **2.1. El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES)**

Es el eje más visible de la reforma ya que pone en contacto directo a los prestadores con los usuarios del Sistema Público de Salud. Introdujo el concepto de Garantía Explícita en Salud con atributos como acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Tiene por delante importantes desafíos, entre otros, incorporar los determinantes sociales de la salud a cada patología GES, extender la garantía más allá de los límites de edad y género, facilitar la protocolización de otras patologías y consolidar los Equipos GES en la Red Asistencial.

#### **2.2. Institucionalizar los cambios organizacionales**

Es la manera de darle gobernabilidad y sostenibilidad a la Reforma de Salud. Se implementan el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), los

Consejos de Coordinación Regionales y el Directorio de Compras. Se acreditan a los prestadores y se instalan los Establecimientos Autogestionados en Red y los Hospitales Comunitarios. Se gestiona la instalación de la Superintendencia de Salud, de la Subsecretaría de Salud Pública (Autoridad Sanitaria Nacional) y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Autoridad Sanitaria Regional), y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de los Gestores de Redes Asistenciales (Direcciones de Servicios de Salud).

### **2.3. Desarrollar el Capital Humano**

El desarrollo del Capital Humano tuvo presencia marginal en la propuesta original de la Reforma. Durante el debate legislativo fueron introducidas un conjunto de observaciones, entre estas, las que orientaron al desarrollo de los recursos humanos.

Sus temas fueron levantados para cerrar brechas de recursos humanos, formar directivos, analizar procesos críticos con los mandos medios, fortalecer el ciclo de vida del funcionario, mejorar el entorno laboral y las condiciones de seguridad para pacientes y funcionarios, hasta la preparación para la jubilación.

### **2.4. El Dilema de la Descentralización**

La Red Asistencial está formada por establecimientos propios, por establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) bajo administración municipal, por Establecimientos Delegados y por establecimientos privados, acreditados y en convenio. Algunos Servicios de Salud también tienen establecimientos de APS propios.

Los Hospitales de Mayor Complejidad, en adelante HMC, han pasado progresivamente a la condición de Establecimiento Autogestionado en Red (EAR),

algunos en los plazos establecidos y otros por el solo imperio de la Ley, con todas las atribuciones que el marco legal contiene. La Ley entró en vigencia el 31 de Enero de 2010 en cada HMC y, por supuesto, en cada Servicio de Salud que tenía HMC en su territorio. En este contexto surgen algunos desafíos interesantes.

Los desafíos a enfrentar pueden ser organizacionales, clínicos, de recursos humanos, físicos, financieros, etc. También pueden ser las competencias de los directivos superiores y de los directivos intermedios. Pueden ser el clima laboral, la resistencia al cambio y la cultura organizacional. El desafío es reconocer que este cambio pasa por la descentralización y el cambio del eje del poder en los establecimientos y al interior de la Red Asistencial. El traspaso de poder genera resistencia al cambio en ambos niveles, en el nivel que “entrega” y en el nivel que “recibe”, aunque de naturaleza distinta en cada cual.

## **2.5. Aspectos de la Resistencia al Cambio**

**a) En el nivel central.** Es de dos tipos. Por una parte este nivel tiene la percepción, equivocada, de pérdida de poder ya que formalmente traspasa atribuciones del Servicio de Salud (SS) al EAR, sin embargo, el traspaso de poder es para mejorar las condiciones de negociación entre ambos niveles, horizontalizar las relaciones y reconocerse como pares que comparten una red asistencial y buscan un bien común. Por otra parte, el nivel central no tiene clara conciencia de que descentralizar le exige asumir con mayor fuerza los roles de rectoría y regulación y abandonar la microgestión a distancia. Los nuevos roles necesitan más conocimiento y más competencias relacionales y técnicas. Ambos tipos de resistencias se potencian entre sí.

**b) En el nivel local.** Es la aversión al riesgo de tomar decisiones cuya responsabilidad caerá solamente en ellos mismos. Esta resistencia obedece al

modelo tradicional de accionar del nivel central y cómodamente aceptado por el nivel local.

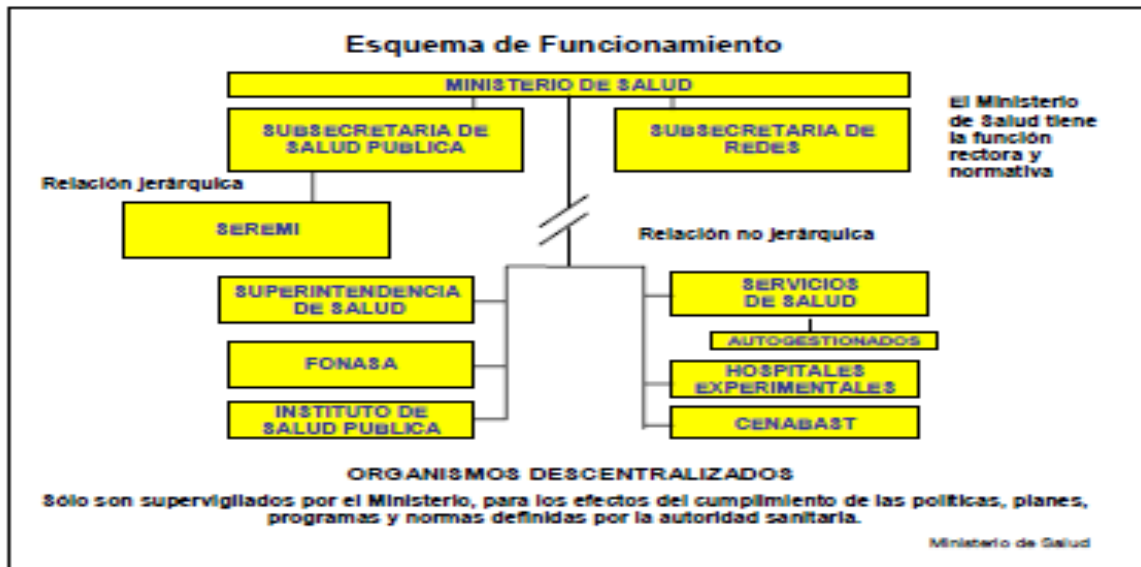
## **2.6. Centralización versus descentralización**

Este es el tema de fondo. Distintos procesos críticos deben ser implementados en las redes asistenciales. Desde el diagnóstico de la situación de salud y el perfil epidemiológico, la mirada analítica de la red asistencial, las condiciones para elaborar la cartera de servicios y la programación de la red, en red. Estos procesos requieren una doble mirada, aunque complementarias entre sí, muchas veces se las ve como si estuvieran compitiendo.

Ambas miradas son complementarias entre sí. Para asumir la complementariedad se requiere de formación en Gerencia Social y en hacer una buena mezcla político-técnica que permita distinguir lo macro de lo micro, de modo de evitar los frecuentes errores que ocurren por no anticipar los escenarios ni prever las consecuencias de los acuerdos tomados al interior de las redes y de los establecimientos.

Sin duda que la descentralización es beneficiosa, en especial por acercar las decisiones al punto de encuentro de las personas (ciudadanos) con el sistema de salud, y por radicarlas en donde los costos unitarios por los errores serán menores que en el nivel central. Sin embargo, al interior de los establecimientos (cualquiera sea su nivel) hay innumerables procesos que están desalineados, repetidos más de una vez y llegando atrasados para cumplir con las metas diarias.

## 2.7 EL MARCO LEGAL - Estructura del Sistema de Salud



Fuente: Ministerio de Salud. Chile

Figura 2: Estructura del Sistema de Salud

Haremos referencia a la Estructura del Sistema de Salud Chileno, para introducirnos en el contexto de los Hospitales Autogestionados en Red, describiendo solamente los puntos más importantes de cada componente.

I) Subsecretaría de Salud Pública: Subroga al Ministro de Salud, propone al Ministro las políticas, normas, planes y programas, coordina su ejecución y vela por su cumplimiento.

II) Subsecretaría de Redes Asistenciales: Cumple con las funciones de provisión de servicios.

III) Autoridad Sanitaria Regional: Es la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) Velará por cumplir las normas, planes, programas y políticas adecuados a la realidad de la región. Actualizará el diagnóstico epidemiológico regional y vigilará el impacto de las estrategias y acciones implementadas. Evaluará el

cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos. Tendrá bajo su dependencia la COMPIN, un Consejo Asesor.

IV) Gestor de la Red Asistencial: Dirección del Servicio de Salud. Los Servicios de Salud son organismos estatales, 29 a lo largo de todo Chile, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio. Para realizar sus acciones estructuran, articulan, gestionan y desarrollan la red asistencial. Cumplen planes y programas del Ministerio de Salud y tienen un Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) y Consejo de Coordinación Regional de Servicios de Salud.

V) Hospitales de Menor Complejidad. De menor complejidad técnica, menor desarrollo de especialidades, de organización administrativa más simple y de menor número de prestaciones. Deberán cumplir requisitos de acreditación, de administración eficiente de los recursos, cumplimiento de metas de satisfacción de usuarios y de articulación con la Red Asistencial

VI) Red Asistencial de Alta Especialidad. Formada por los hospitales destinados a la atención preferente de especialidades de alta complejidad técnica y de amplia cobertura nacional. Funcionarán coordinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales y estarán sujetos a una evaluación anual.

VII) Atención Primaria de Salud. El Director del Servicio de Salud debe fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención. Para ello debe fijar metas e indicadores de actividad, puede facilitar personal en comisión de servicios y celebrar convenios de gestión.

VIII) Superintendencia de Salud. Supervigilar y controlar a las ISAPRES y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como el Régimen

de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen Supervigilar y controlar al FONASA en todas las materias relacionadas con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469.

IX) Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Es asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, propone medidas para optimizar la coordinación y desarrollo entre la Dirección del SS, los Hospitales y los establecimientos de APS y analiza y propone soluciones para integrar los niveles de atención.

X) Fondo Nacional de Salud (FONASA). Debe recaudar, administrar y distribuir recursos para financiar las prestaciones otorgadas a los beneficiarios de la ley 18.469, financiar la adquisición de equipos e infraestructura, celebrar convenios para la prestación de servicios, velar por la correspondencia entre prestaciones y gasto, por el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, colaborar en la consolidación financiera de los Servicios de Salud, conocer y resolver los reclamos de los beneficiarios y tratar datos personales protegiendo la salud de la población.

XI) Instituto de Salud Pública de Chile, Laboratorio Nacional y de Referencia en: Microbiología Inmunología Bromatología, Farmacología, Imagenología, Radioterapia Bancos de Sangre, Laboratorio Clínico, Contaminación Ambiental Salud Ocupacional.

XII) Central Nacional de Abastecimiento (CENABAS). Proveerá de medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir los organismos, entidades, establecimientos y personas integrantes o adscritas al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

**XIII) Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).** Corresponden a los Hospitales de Mayor Complejidad, que funcionan descentralizados de los Servicios de Salud, los cuales conservan su naturaleza jurídica y régimen de personal, gestionan sus propios recursos, reciben incentivos para asegurar su eficiencia y el reglamento establece las obligaciones **(Ver Anexo N° 14)**.

Dentro de las atribuciones están: flexibilidad para externalizar y comprar servicios al sector privado, por intermedio de contratos, autonomía en el manejo de los recursos humanos, subcontratación de personal y el ejercicio privado de la profesión por parte de los médicos contratados y no contratados, administrar y disponer del 80% de sus ingresos propios, disponer del presupuesto con mayor flexibilidad. Por lo tanto, al ser autogestionados dejan de subsidiar financieramente a otros hospitales.

Deben cumplir varios de requisitos asociados al desarrollo de las capacidades administrativas necesarias para asumir la plena responsabilidad por la gestión del establecimiento público, para autogestionarse, dentro de un esquema de red de prestadores, conforme lo estipula la Ley de Autoridad Sanitaria. Lograr una adecuada articulación con la Red Asistencial, registrarse en la Superintendencia de Salud, implementar sistemas de gestión, contar con plan anual de actividades y de inversiones, mantener equilibrio financiero (60 días), cumplimiento de garantías explícitas en Salud (GES), cumplimiento de metas en relación a la calidad de atención, satisfacción de los usuarios, reducción de listas de espera convenidas, compromisos de gestión, entre otros. Evaluación anual e incentivos Una vez que alcancen la calidad de autogestionados, los establecimientos son sujetos a una evaluación anual por parte del Subsecretario de Redes Asistenciales, quien verifica el cumplimiento de las obligaciones mencionadas en el párrafo anterior. Auditorias de la Gestión Administrativa y Financiera. Se debe efectuar por lo menos una vez al año auditorias de la Gestión Administrativa y Financiera<sup>16</sup>.

## 2.8. Observación de Gestión de los Establecimientos Autogestionados según Indicadores.

Tras el proceso de autogestión, a la fecha no existen estadísticas cualitativas que nos permitan evidenciar la eficacia del proceso, por lo mismo compararemos los principales indicadores de 4 establecimientos que se autogestionaron en diferentes fechas, para evaluar su evolución. Por otro lado, la investigación bibliográfica nos ha permitido establecer que los establecimientos no han podido alcanzar los estándares requeridos<sup>17</sup>, para alcanzar la calidad de EAR. Actualmente los 59 hospitales descritos en la Ley se, encuentran adscritos al régimen de EAR por el sólo imperio de la Ley, sin embargo no existen mayores antecedentes que nos permitan clarificar las verdaderas dificultades que no han permitido que los EAR cumplan con los estándares requeridos para su acreditación como tal.

Los siguientes indicadores nos permitirán analizar la información estadística de la muestra seleccionada:

- ✚ **Días-cama disponibles:** N° días en que las camas hospitalarias están habilitadas, para ser utilizadas por los pacientes que se hospitalicen. Se incluyen tanto aquellas que están ocupadas como las desocupadas, pero en condiciones de uso inmediato, en un período determinado.
  
- ✚ **El número de egresos hospitalarios:** Retiro de un paciente que ha ocupado una cama del Hospital ya sea debido a alta, fallecimiento, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.

---

16 Reglamento Hospitales Autogestionados.

17 Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria, 2009

- ✚ **El número de egresos por cama:** Indicador de rendimiento del recurso cama, que alude al promedio de egresos que cada cama generó durante un período de tiempo.
- ✚ **El promedio de días de estada:** Promedio de días de hospitalización por cada egreso en un período de tiempo dado.
- ✚ **Índice Ocupacional:** Número de días-cama que estuvieron ocupados durante un período, respecto del total disponibles, expresado en porcentaje.
- ✚ **Tasas de Letalidad:** Relación entre el número de defunciones ocurridas durante un período y el número de egresos del mismo período.

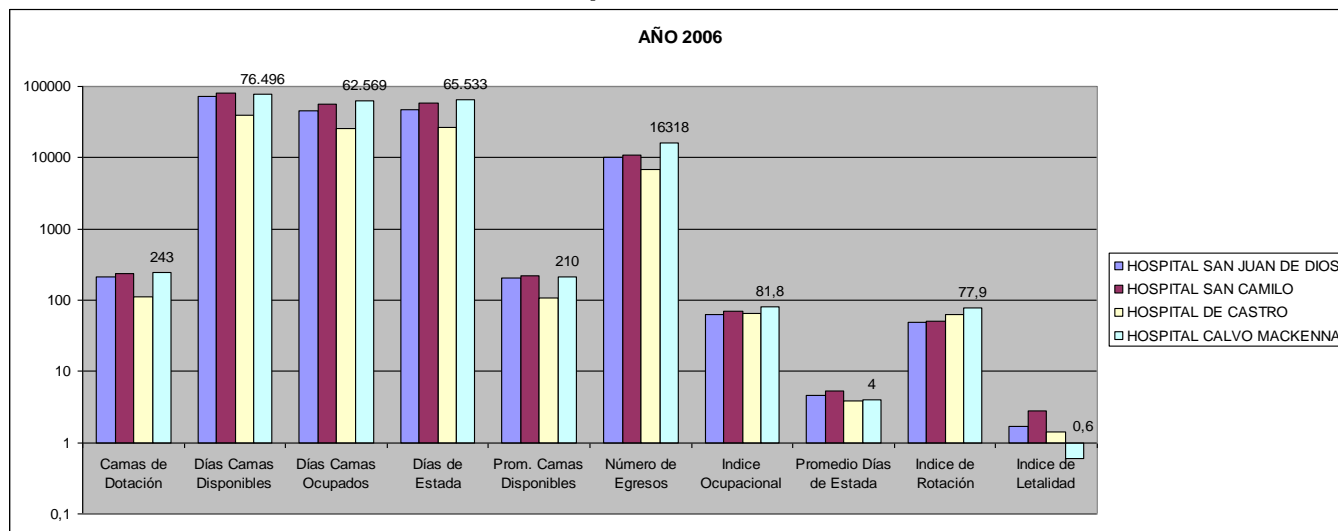
### **2.8.1. Comparación entre hospitales autogestionados, según indicadores de actividad hospitalaria**

En los gráficos 1 y 2 (**Ver anexo N° 1 y 2**) se presenta la evaluación del desempeño de los establecimientos de alta complejidad de la red asistencial pública, periodo 2008-2009 en el primero y en el segundo con fecha de corte a septiembre de 2011. Las diferencias entre los puntajes obtenidos por los distintos establecimientos permiten reafirmar la tesis que el tránsito de los establecimientos de mayor complejidad no ha sido lo esperado. También se aprecia la marcada diferencia entre la evaluación de los hospitales pertenecientes a la red asistencial de la Región Metropolitana con aquellos de regiones, esto debido a una centralización de recursos más especializados. Asimismo, es importante destacar la diferencia existente entre los propios hospitales de la Región Metropolitana, dentro de los cuales los mejores puntajes para ser acreditados como EAR, o preservar dicha condición, han sido obtenidos por los hospitales de especialidades médicas.

En los gráficos siguientes presentamos datos que nos permitirán mostrar y comparar los indicadores de gestión de los cuatro hospitales que se tomaron como

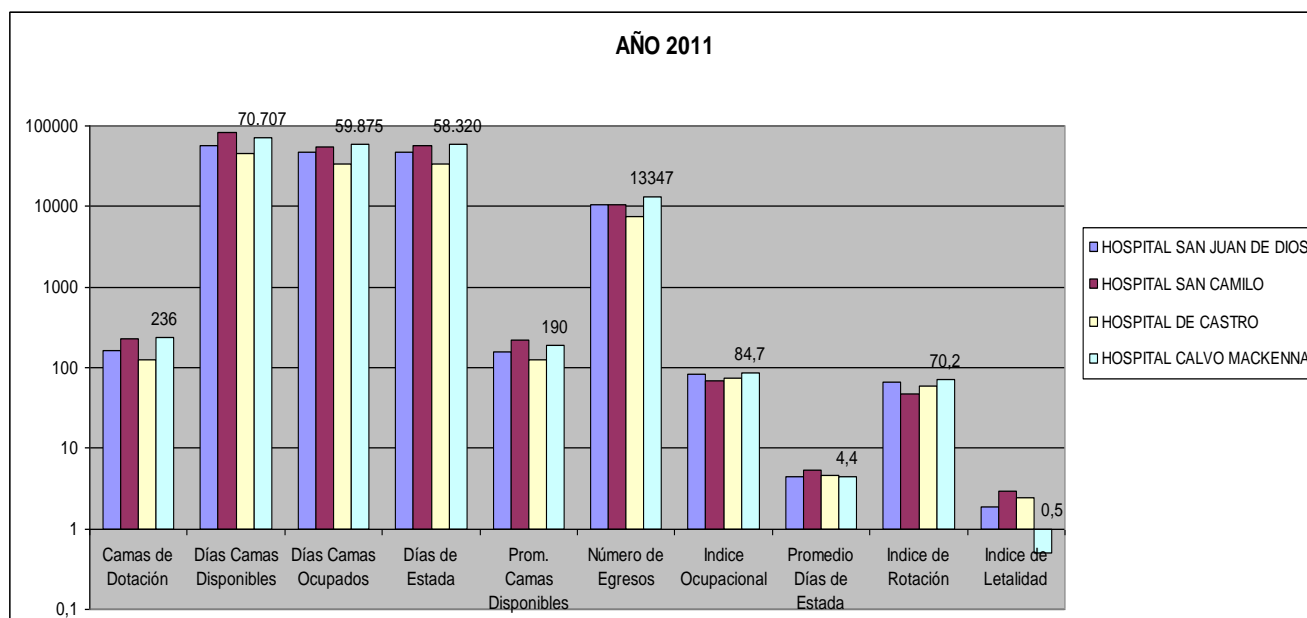
muestra, a pesar que la muestra podría parecer insuficiente dentro del espectro de 59 hospitales autogestionados, permite formarse una idea amplia del proceso, ya que los indicadores tienden a mantenerse en los rangos de nuestra muestra.

**Gráfico N° 3 Comparativo de Indicadores Hospitalarios de uso habitual año 2006 Hospital Calvo Mackenna**



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos del DEIS Minsal

**Gráfico N° 4 Comparativo de Indicadores Hospitalarios de uso habitual correspondiente al año 2011, los 4 establecimientos autogestionados**



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos del DEIS Minsal

Los establecimientos evaluados son 4 hospitales autogestionados, dos de la V Región, Hospital San Juan de Dios de Los Andes y San Camilo de San Felipe, uno de la Región Metropolitana Calvo Mackenna y otro de la zona sur.

En los gráficos N° 3 y 4 se muestra la evolución de los indicadores de los cuatro establecimientos designados como muestra, a simple vista se puede ver que no existe una diferencia evidente en los indicadores entre un año y otro. Se tomó como referente el Hospital Calvo Mackenna (Rótulos visibles), considerando que este fue uno de los primeros establecimientos en adquirir la calidad de autogestionado (Año 2006), vale decir son 5 años de autogestión, tiempo más que suficiente para evaluar si el proceso ha sido exitoso, además, tal como se indicó anteriormente, este establecimiento cuenta con una ventaja comparativa con respecto a los otros, por encontrarse en la Región Metropolitana cuenta con recursos más especializados, entre otras cosas, lo cual implica, que de ser un proceso eficiente en su gestión, esto debiera reflejarse en la gráfica de la situación.

Según lo observado en los números que arrojan los indicadores del gráfico N° 3, se aprecia que el establecimiento no presenta una diferencia importante con respecto a los otros hospitales que se presentan como referentes, y que a la fecha no tenían la calidad de autogestionados.

En cuanto al gráfico N° 4, se aprecia que se mantiene casi la misma constante que en el gráfico anterior, esto considerando que se compara el comportamiento del año 2006 -2011, vale decir, a 5 años de su autogestión el Hospital Calvo Mackenna no presenta indicadores que nos permitan desprender una conclusión favorable del proceso, además, se considera que en este último gráfico, los 4 establecimiento ya cuentan con su calidad de EAR y no se evidencia, por lo menos estadísticamente una mejora sustancial en sus indicadores.

**Tabla N° 1 – Indicadores de Hospitales Autogestionados en Red – Comparación de evolución de 3 y 6 años de haber adquirido la calidad de EAR.**

INDICES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS						HOSPITAL CALVO MACKENNA					
	2006	2007	*2008	2009	2010	2011	*2006	2007	2008	2009	2010	2011
Camas de Dotación	214	214	214	214	214	163	243	243	247	247	232	236
Días Camas Disponibles	73.524	74.149	55.394	44.685	46.981	57.496	76.496	74.904	70.782	73.263	70.394	70.707
Días Camas Ocupados	46.131	47.803	37.429	33.434	37.879	47.669	62.569	61.921	58.747	62.814	59.153	59.875
Días de Estada	46.348	48.022	37.350	33.859	39.771	47.687	65.533	60.292	57.645	60.852	58.925	58.320
Prom. Camas Disponibles	201	203	150	122	125	156	210	205	188	196	189	190
Número de Egresos	10.001	9.882	8.940	7.635	9.004	10.483	16318	16225	16267	16393	13302	13347
Indice Ocupacional	62,7	64,5	67,6	74,8	80,6	82,9	81,8	82,7	83	85,7	84	84,7
Promedio Días de Estada	4,6	4,9	4,2	4,4	4,4	4,5	4	3,7	3,5	3,7	4,4	4,4
Indice de Rotación	49,6	48,6	59,6	62,6	72	67,2	77,9	79,1	86,5	83,6	70,4	70,2
Indice de Letalidad	1,7	1,9	1,6	2,2	2,2	1,9	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5

**Tabla N° 2 – Indicadores de Hospitales Autogestionados en Red – Comparación entre dos establecimiento que adquirieron su calidad de EAR en el año 2010**

INDICES	HOSPITAL DE CASTRO						HOSPITAL SAN CAMILO					
	2006	2007	2008	2009	*2010	2011	2006	2007	2008	2009	*2010	2011
Camas de Dotación	113	113	113	113	122	125	234	228	231	224	242	226
Días Camas Disponibles	39.926	37.235	35.537	41.479	44.878	45.746	80.731	81.782	81.538	84.831	83.065	81.889
Días Camas Ocupados	26.127	23.668	25.144	31.581	34.866	34.023	57.115	58.700	58.338	62.800	55.155	55.796
Días de Estada	26.397	23.592	25.637	31.556	35.016	34.000	57.943	59.231	58.693	60.066	54.029	55.980
Prom. Camas Disponibles	109	102	96	112	121	123	221	224	223	231	227	223
Número de Egresos	6.896	6.571	6.674	7.316	7.319	7.399	11.036	11.155	11.015	10.865	10.190	10.499
Indice Ocupacional	65,4	63,6	70,8	76,1	77,7	74,4	70,7	71,8	71,5	74	66,4	68,1
Promedio Días de Estada	3,8	3,6	3,8	4,3	4,8	4,6	5,3	5,3	5,3	5,5	5,3	5,3
Indice de Rotación	63	64,4	69,5	65,3	60,5	60,2	49,9	49,8	49,4	47	44,9	47,1
Indice de Letalidad	1,4	1,6	1,9	1,9	2	2,4	2,8	2,7	2,5	2,9	3	2,9

\* Año en que los establecimientos adoptaron la calidad de Autogestionados

En las tablas 1 y 2, se muestran los indicadores estadísticos de los cuatro Hospitales en estudio. Se escogió esta muestra, para poder comparar en cierta medida si existen grandes diferencias entre un hospital autogestionado de la Región Metropolitana, que es donde están más centralizados los recursos especializados, lo cual debiera permitir que la gestión sea más eficiente en los aspectos clínicos principalmente y el Hospital San Camilo de San Felipe, ambos son Hospitales de mayor complejidad, con similares condiciones en los servicios que prestan, pero que alcanzaron el nivel de EAR en diferentes años.

En la tabla 1 la dotación de camas del Hospital San Juan de Dios de Los Andes disminuyó de 214 en el año 2006 a 163 en el año 2011, es decir, se eliminaron 51 camas<sup>18</sup>, igualmente se podría explicar por la demanda estacional, como dato decidor resaltaremos el índice de letalidad, el cual ha aumentado visiblemente, sobre todo después del proceso de autogestión (año 2008).

En el Hospital Calvo Mackenna destacamos los datos días de estada e índices de rotación, que muestran un importante aumento en el primero y una disminución en el segundo.

En conclusión, la comparación de estos indicadores entre establecimientos autogestionados, nos permite ver que no existen diferencias importantes entre el comportamiento pre y post autogestión, lo cual necesariamente está influido por el desarrollo de sus estrategias organizacionales, que influyen a todo nivel. Todo esto se pudo detectar con la aplicación de herramientas y modelos que nos permitan detectar cuáles son los sectores que están falentes y se deben intervenir.

---

<sup>18</sup> Según datos obtenidos en Hospital de Los Andes, la baja en la dotación de camas se debería a un error de cálculo cuando se realizó el proceso de normalización de este establecimiento. Igualmente se aprecia que en todos los establecimientos de la muestra disminuyó la dotación de camas.

### **Capítulo III**

## **PROPUESTA DEL MÉTODO CONJUNTO PARA UNA MEJOR GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED.**

El objetivo principal de la Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, fue introducir profundos cambios en la organización del sistema público de salud, creando entre otros la figura de Establecimientos de Autogestión en Red, la base de esto fue mejorar la eficiencia de los Hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades al director, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

Como se apreció en las estadísticas presentadas en el capítulo anterior, el proceso de autogestión no ha sido lo esperado, hay varios factores limitantes que no han permitido que el proceso se desarrolle en los tiempos y en la forma esperados. Entre otras cosas, se aprecian problemas de percepciones, vale decir, paradigmas preestablecidos por parte de los funcionarios y estructuras administrativas rígidas, que hace más compleja la toma de decisiones. En base a estas limitantes se hace necesario la aplicación de instrumentos de gestión, que permitan detectar cuales son las áreas que están interfiriendo en el correcto desempeño de los objetivos planteados.

Actualmente el instrumento que está siendo utilizado por el MINSAL para medir la gestión de los establecimientos autogestionados es el BSC (Balance Score Card) o Cuadro de Mando Integral, este método utiliza 48 indicadores<sup>19</sup>, 202 menos que el utilizado anteriormente.

---

<sup>19</sup> Desde el año 2005 el Ministerio de Salud empezó a utilizar un instrumento de medición de la autogestión hospitalaria que tenía un alto número de indicadores (250), por lo mismo en el 2° semestre del año 2010 se comenzó a trabajar en la implantación de un nuevo instrumento, más eficiente, basado en la metodología del BSC el que plantea con 48 indicadores.

La idea principal es poder complementar el instrumento utilizado en la actualidad, con otro modelo que nos permita simplificarlo y a la vez hacerlo más efectivo, este es el Modelo de Calidad Total y Excelencia EFQM (Respaldado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) difundido fundamentalmente en empresas de países Europeos; también ha sido objeto de aplicaciones y adaptaciones al sector salud en nuestro país<sup>20</sup>.

### **3.1. Adaptación del “Diseño del Cuadro de Mando Integral para un Hospital Público”, desarrollado en base a los Modelos de Excelencia. Modelo de Jesús Pastor Tejedor y Luís Navarro Elola<sup>21</sup>**

La idea de plantear la utilización de este modelo, desarrollado por Pastor y Navarro, es que la complementariedad de ambos, nos permite crear un Modelo de Gestión con un menor número de indicadores, que emanan directamente de la estrategia definida por el hospital. Esto permite que los indicadores tengan una elaboración adecuada para la comparación temporal y competitiva del establecimiento, solucionando las divergencias que se encontraban por no relacionar los modelos.

#### **3.1.1. Cuadro de Mando Integral<sup>22</sup>**

El cuadro de mando integral (BSC) es un modelo de gestión estratégico-operacional que permite desarrollar, implementar y controlar la aplicación de una estrategia en una organización.

---

20 Información extraída de la pagina [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)

21 Luís Navarro Elola y Jesús Pastor Tejedor - Ingenieros Industriales, Docentes de la Universidad de Zaragoza – España. Creadores de innumerables trabajos relacionados con Modelos de Gestión. En el año 2006 publican “Las redes neuronales como metodología para analizar la temporalidad de un mapa estratégico basada en la integración del EFQM & CMI”.

22 “Como utilizar el Cuadro de Mando Integral” – Kaplan y Norton- 2º Edición.

Es posible demostrar que esta metodología claramente recomendada en las empresas privadas es susceptible de aplicar exitosamente a un hospital público.

Puede entenderse al BSC como una herramienta o metodología, lo importante es que convierte la visión en acción mediante un conjunto coherente de indicadores agrupados en 4 categorías de negocio: Financieras, Clientes, Procesos Internos y Formación y Crecimiento. BSC sugiere que estas perspectivas abarcan todos los procesos necesarios para el correcto funcionamiento de una empresa y deben ser considerados en la definición de los indicadores. De acuerdo a las características propias de cada negocio pueden existir incluso más, pero difícilmente habrá menos de las mencionadas.

El equilibrio entre los indicadores es lo que da nombre a la metodología, pues se presenta un balance entre los externos relacionados con accionistas y clientes, en nuestro caso usuarios (internos y externos) y contribuyentes (Organismos Estatales), y los internos de los procesos, capacitación, innovación y crecimiento; también existe un equilibrio entre indicadores de resultados, los cuales ven los esfuerzos (principalmente económicos) pasados e indicadores que impulsan la acción futura (capacitación, innovación, aprendizaje, etc.).

Es importante mencionar que a pesar de ser una herramienta que principalmente se usa en empresas privadas, cuya organización se basa en fines lucrativos, es igualmente efectiva para organismos públicos o sin fines de lucro y su uso se hace cada vez más masivo a este nivel. **(Ver Anexo N° 3 y 4)**

**“El uso de esta herramienta en el sector público es más efectivo que en el privado, porque sin él, la única medida que las organizaciones fiscales tienen son financieras, y ellas no revelan si se está creando valor para los ciudadanos”.**

**Robert S. Kaplan**

### 3.1.2 PERSPECTIVAS DEL BALANCED SCORECARD

A pesar de que son 4 las perspectivas que tradicionalmente identifican un BSC, no es indispensable que estén todas ellas; estas perspectivas son las más comunes y pueden adaptarse a la gran mayoría de las empresas que no constituyen una condición indispensable para construir un modelo de negocios.

**a) Perspectiva financiera:** Históricamente los indicadores financieros han sido los más utilizados, pues son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones y el valor añadido económico, de hecho, todas las medidas que forman parte de la relación causa-efecto, culminan en la mejor actuación financiera.

**b) Perspectiva del cliente:** Como parte de un modelo de negocios, se identifica el mercado y el cliente hacia el cual se dirige el servicio o producto. La perspectiva del cliente es un reflejo del mercado en el cual se está compitiendo. Brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes, obtener cuota de mercado, rentabilidad, etc.

**c) Perspectiva procesos internos:** Para alcanzar los objetivos de clientes y financieros es necesario realizar con excelencia ciertos procesos que dan vida a la empresa. Esos procesos en los que se debe ser excelente son los que identifican los directivos y ponen especial atención para que se lleven a cabo de una forma perfecta, y así influyan a conseguir los objetivos de accionistas y clientes.

**d) Perspectiva de formación y crecimiento:** Es la perspectiva donde más tiene que ponerse atención, sobre todo si piensan obtenerse resultados constantes a largo plazo. Aquí se identifican la infraestructura necesaria para crear valor a largo plazo. Hay que lograr formación y crecimiento en 3 áreas: personas, sistemas y clima organizacional. Normalmente son intangibles, pues son identificadores relacionados con capacitación a personas, software o desarrollos, máquinas e

instalaciones, tecnología y todo lo que hay que potenciar para alcanzar los objetivos de las perspectivas anteriores.

### **3.1.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS**

Los Objetivos Estratégicos definen que se va a lograr y cuando serán alcanzados los resultados específicos, por medio del cumplimiento de la misión básica. Establecen una dirección, ayudan a la evaluación, producen sinergia, revelan prioridades, permiten la coordinación. Deben ser pocos, desafiantes, mensurables, consistentes, razonables y claros, y se refieren a áreas estratégicas, relacionadas con la misión, instalación y desarrollo de capacidades de gestión.

### **3.1.4 MAPAS ESTRATEGICOS**

Es una representación gráfica y simplificada de la estrategia de una organización, que la ayuda a saber qué es y a dónde ha de conducirse el futuro, representando visualmente las relaciones causa-efecto entre los componentes de la estrategia de una empresa, proporcionando una manera uniforme y coherente de describir la estrategia de modo que se puedan establecer y gestionar objetivos e indicadores, proporcionando el eslabón que faltaba entre la formulación de la estrategia y su ejecución. La representación gráfica (expone los objetivos estratégicos (en los óvalos), para cada una de las cuatro perspectivas y las relaciones causa-efecto. En base a esto, se puede establecer que existen diferencias entre instituciones para la conformación de sus Mapas. **(Ver Anexos N° 5, 6 y 7)**

### **3.1.5 CONSTRUCCIÓN DE UN BALANCED SCORECARD**

**a. Indicadores:** Un buen indicador es aquel que resulta clave para medir el desempeño de un objetivo estratégico. Por ello se habla de key Performance

Indicators o KPI. Se debe tener como indicadores a aquellos que realmente sirven para saber si se avanza en la estrategia.

**b. Metas:** Las metas representan aquellos valores que deben alcanzar los indicadores en un periodo determinado de tiempo

**c. Iniciativas:** Son los medios que se deben desarrollar para alcanzar las metas, y pueden ser tantos como se requieran.

**d. Diseño del BSC:** En esta etapa el equipo de trabajo se ocupa de las definiciones fundamentales que van a “ARMAR” el BSC.

**e. Implementación del BSC:** En esta etapa nos encontramos con un proyecto tradicional de Sistemas, que implica la construcción e instalación del software o Sistemas de Información.

**f. Integración del BSC:** Es el proceso de identificación de fuentes de datos para alimentar el BSC, así como el proceso de comunicación por el cual se consigna la implicación de todos los miembros de la organización.

**g. Seguimiento del BSC:** Este debe permitir la retroalimentación y mejora de todo el proceso, de la estrategia y de su despliegue.

### 3.2 MODELO EFQM DE EXCELENCIA<sup>23</sup>

La satisfacción del cliente, de los empleados y un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, una acertada

---

<sup>23</sup> “Innovación y Mejora Continua según el Modelo EFQM de Excelencia” – Joaquín Membrado - 2º Edición.

gestión del personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados empresariales. Esto es lo que nos entrega el Modelo EFQM, el cual es ampliamente conocido en Europa entregando excelentes resultados y que perfectamente puede ser implementado conjuntamente con otro modelo de gestión como lo es el BSC, en la siguiente figura se grafican los aspectos más importantes para su aplicación.



**Figura 3: Modelo EFQM**

La idea básica del Modelo es proporcionar a las organizaciones una herramienta de mejora de su sistema de gestión. La herramienta no es normativa ni prescriptiva, no dice cómo hay que hacer las cosas, respetando así las características de cada organización y la experiencia de sus miembros.

Para mejorar, es necesario conocer primero la situación actual y para ello es útil tener una guía que nos lleve a examinar de forma sistemática todos los aspectos del funcionamiento de la organización. A estos aspectos los denominaremos "criterios".

El Modelo se compone de 9 criterios, de ellos, 4 examinan los resultados, los efectos, de la actividad de la organización. Los otros 5 (los agentes o causas), la forma en que se realiza y mejora esa actividad.

Los conceptos fundamentales que subyacen al Modelo son: la orientación hacia los resultados y hacia el cliente , el liderazgo y la constancia, la gestión por procesos y hechos , el desarrollo y la implicación de las personas , el aprendizaje y la mejora continua , la colaboración , y la responsabilidad social .

El uso principal del modelo es la autoevaluación, de la que se obtiene un conjunto de puntos fuertes y otro de áreas susceptibles de mejora.

Sobre esta base, y una vez realizado un trabajo de priorización, puede construirse un plan de acción tendiente a mantener aquéllos y realizar las mejoras correspondientes a éstas.

### **3.2.1 Agentes y Resultados**

Los Resultados (Criterios 6 al 9) representan lo que la organización consigue para cada uno de sus actores (Clientes, Empleados, Sociedad e Inversores).

Los Agentes (Criterios 1 al 5) son aspectos del sistema de gestión de la organización. Son las causas de los resultados.

Un concepto fundamental en el Modelo es el de "actores": los que reciben los efectos de la actividad de la organización.

El Modelo considera como resultados todos estos efectos, ejemplo de ellos son: para los accionistas, el beneficio; para los empleados, su remuneración y su desarrollo profesional; para los clientes, la utilidad que obtienen de los productos y servicios de la organización; y así sucesivamente.

El otro grupo de criterios recibe el nombre de "agentes". Representan el conjunto de actividades de la organización. En ellos examinamos sistemáticamente todo lo que la organización hace y, sobre todo, cómo lo hace y cómo lo gestiona.

Los puntos fuertes y áreas de mejora que se obtengan de este examen, constituirán la base del plan de mejora de la organización.

### **3.2.2 Innovación y Aprendizaje**

La flecha de realimentación subraya la importancia que el modelo concede a la Evaluación y Revisión de los Enfoques de los criterios "agentes" en función de los Resultados obtenidos, es decir al aprendizaje organizacional mediante la innovación y la mejora permanente.

### **3.2.3 Liderazgo - El motor del Modelo**

La forma en que el equipo de dirección desarrolla la misión, la visión y los valores necesarios para el éxito a largo plazo. Cómo los materializa en compromisos personales expresados en acciones y comportamientos, y cómo facilita y asegura que se alcancen, desarrollando y poniendo en práctica un sistema de gestión adecuado. El progreso real de la organización hacia la excelencia depende de manera fundamental del empuje del equipo de dirección.

### **3.2.4 Política y Estrategia - La planificación a Medio y Largo Plazo**

Cómo materializa la organización su misión y visión, mediante una estrategia claramente enfocada hacia los *actores* (En inglés Stakeholders). Los que tienen interés en la organización, sus actividades y sus resultados: clientes, asociados, empleados, inversores, organismos oficiales y otros representantes de la sociedad), apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos adecuados.

### **3.2.5. Gestión del Personal**

Los procesos considerados en este criterio se refieren a las relaciones de la organización con las personas que la constituyen, considerando a éstas tanto recursos como actores de aquélla:

- La planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- La integración de las estrategias de personal con los objetivos generales de la organización.
- La identificación, desarrollo, y mantenimiento del conocimiento y las capacidades de las personas: El aprendizaje y el desarrollo personal.
- La implicación y la asunción de responsabilidades: La integración de todos en un proyecto común.
- El diálogo entre las personas y la organización: La comunicación descendente, ascendente y horizontal.
- La remuneración, el reconocimiento y la atención a las personas: Lo que la organización da a la persona a cambio de su dedicación.

### **3.2.6. Colaboradores y Recursos - El núcleo de la gestión clásica**

Cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos para apoyar su política y su estrategia, y el funcionamiento eficaz de sus procesos.

Las actividades examinadas en este criterio son también procesos pero, por su especificidad e importancia en toda organización, se desglosan separadamente del criterio 5 recién examinado.

Cómo se gestionan:

- Las relaciones con los proveedores, con las alianzas y con otros entes externos en apoyo del desarrollo mutuo y de la generación de valor.
- Los recursos económicos y financieros: Su obtención, el control de su uso rentable y la gestión de los riesgos asociados.
- Los edificios, equipos y materiales: Su seguridad y rentabilidad, la optimización de suministros e inventarios, el reciclaje de residuos y la conservación de recursos no renovables.
- La tecnología: La explotación de las tecnologías existentes, la identificación de las emergentes, la innovación.
- La información y el conocimiento: Su inventario y clasificación, su desarrollo, la facilidad de acceso y su protección y seguridad.

### **3.2.7. Procesos - El núcleo del Modelo**

Cómo diseña, gestiona, y mejora la organización sus procesos sistemáticamente en apoyo de su política y su estrategia, y para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores.

Examinemos ahora el primero de los criterios "agentes": cómo gestiona la organización sus procesos:

- Cómo se diseñan y gestionan: qué técnicas se emplean, cómo se establecen las responsabilidades, qué tipos de medidas de rendimiento se establecen, cómo se fijan sus objetivos.
- Cómo se mejoran: cómo se planifican, priorizan las acciones de mejora, cómo se estimula la creatividad y la participación, cómo se controlan y comunican los cambios.
- Cómo se desarrollan los productos y servicios para satisfacer las necesidades de los clientes. Cómo se conocen y anticipan estas necesidades.
- Cómo se realiza la producción y distribución de bienes y servicios y el servicio postventa.
- Cómo se gestiona y mejora la relación con los clientes, cómo se organizan las relaciones habituales con ellos y se conocen sus opiniones, cómo se tratan sus quejas y reclamaciones, cómo se colabora con ellos.

### **3.2.8. Resultados en los Usuarios**

Los clientes son quienes utilizan los productos o servicios de la organización, bien para consumirlos (clientes finales) bien para distribuirlos o para usarlos como entrada a su propia cadena de producción (clientes inmediatos).

La creación de utilidad para unos y otros (la satisfacción de sus necesidades) es el objeto de la actividad de la organización, tanto si ésta viene motivada por el lucro como por cualquier otra consideración.

El Modelo considera, por lo tanto, que es primordial para el éxito a largo plazo de la organización la percepción que sus clientes tienen sobre sus productos y servicios, sobre su utilidad, la facilidad de uso y otras características (incluso a

veces inexpresadas) de los mismos, así como sobre la forma en que se desarrollan sus relaciones con la organización.

Igual que en los otros resultados, se evalúan también los indicadores internos que pueden predecir o ser consecuencia del grado de satisfacción subjetivo de los clientes (por ejemplo, índices objetivos de calidad, número de reclamaciones, etc.)

### **3.2.9. Resultados en el Personal**

La satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas que integran la organización, el grado en que la organización satisface las necesidades y expectativas de sus miembros afecta de manera fundamental al buen desarrollo de sus actividades, así como al establecimiento de relaciones satisfactorias con los clientes y con el entorno social.

Contrariamente a la tradicional identificación de la empresa con sus accionistas, el personal es la compañía, y análogamente en otros tipos de organizaciones. Es, por lo tanto, incompatible un alto nivel excelencia organizacional con un personal insatisfecho.

Esta satisfacción, igual que ocurría con los clientes, se expresa mediante percepciones subjetivas que la organización conocerá interesándose por ellas y preguntando a sus empleados de forma sistemática y mediante las técnicas adecuadas.

También serán útiles para complementar este conocimiento los indicadores objetivos tales como índices de absentismo, formación impartida, participación en proyectos de mejora, etc.

### **3.2.10. Resultados en la Sociedad**

El grado de cumplimiento de las responsabilidades de la organización con la sociedad y de satisfacción de las expectativas de ésta.

Toda organización vive inmersa en la sociedad. Mantiene relaciones mutuas tanto con los particulares que habitan en su entorno físico como con cuerpos sociales organizados (autoridades locales, estatales o internacionales, asociaciones culturales o de otra índole). También sus empleados están imbricados en una red de relaciones familiares, políticas, jurídicas, etc. Todas estas relaciones darán lugar a percepciones de los grupos sociales sobre la actividad de la organización y sobre los efectos que ésta tiene sobre ellos.

Estos efectos pueden ser también medidos directamente mediante los correspondientes indicadores que podrían incluir el impacto sobre el nivel de empleo, la producción de ruidos y otras contaminaciones, las contribuciones económicas o de otros tipos a actividades sociales o comunitarias, etc.

### **3.2.11. Rendimiento Final**

Toda organización persigue un conjunto de metas y objetivos finales. Este criterio examina hasta qué punto estas metas y objetivos se alcanzan.

Si se trata de una compañía con ánimo de lucro, el rendimiento final incluirá necesariamente conceptos tales como los ingresos, los gastos, el beneficio, el valor de la acción etc. y también, a veces, la cuota de mercado, el número de clientes y otros análogos.

En otros casos, el rendimiento se medirá mediante otros parámetros: medidas referentes, por ejemplo, al conocimiento impartido, a la efectividad de la asistencia sanitaria y así sucesivamente dependiendo de la naturaleza de la

organización. Normalmente, también aquí tendrán importancia los costes y el cumplimiento presupuestario.

Se distingue entre resultados clave (verdaderamente finales) de los indicadores (generalmente resultados de procesos intermedios, tales como depreciaciones, plazos de entrega de productos o servicios, tasa de fracaso escolar, etc.) que, junto con aquéllos, suelen constituir el "cuadro de mando".

### **3.3 Adaptación del “Diseño del Cuadro de Mando Integral para un Hospital Público Desarrollado en Base a los Modelos de Excelencia” (L. Navarro – J. Tejedor), para su uso en los Establecimientos Autogestionados en Red.**

Tal como se mencionó, haremos una recopilación del trabajo presentado por Tejedor y Navarro, de los párrafos que sean atingentes y que nos permitan adaptar el modelo a nuestra realidad.

Un hospital público se puede asemejar a una empresa productora de servicios, con la peculiaridad de que el producto es consumido mientras se produce. Dicho producto, el “producto sanitario”, es el resultado de los tres procesos siguientes:

- El proceso clínico: Son los conocimientos médicos al cuidado de un paciente, y consta fundamentalmente de dos partes: diagnóstico y tratamiento.
- El proceso técnico: Genera una serie de productos intermedios para ser utilizados en el proceso clínico.
- Y el proceso logístico, proporciona servicios al usuario y facilita la infraestructura para la aplicación de los procesos clínicos y técnicos.

En lo que respecta a la toma de decisiones para una gestión óptima existe una estrecha relación con el Cuadro de Mando Integral, puesto que una de sus principales virtudes es que facilita una toma de decisiones más rápida y eficaz.

Otra de las cualidades más interesantes del CMI es que une la perspectiva financiera tradicional en los hospitales, la cual tiene menos importancia en los hospitales públicos, con otras perspectivas no financieras, como la satisfacción de los pacientes, y en las que los indicadores de calidad asistencial tienen gran importancia. Además el conjunto de indicadores no puede exceder de veinticinco, lo cual reduce su complejidad frente a modelos como el EFQM, que puede alcanzar hasta quinientos puntos.

En definitiva, la implantación del CMI en una organización hospitalaria ayuda a obtener una visión de conjunto mucho más amplia que con los instrumentos tradicionales de evaluación. Además, permite medir los procesos en razón de su valor estratégico.

El CMI no es sustituto del EFQM sino complemento, ya que cada uno sirve para una cosa distinta. Es decir, cada modelo nos aporta resultados que se emplearán en distintos momentos del proceso de gestión. Lo que se propone es el uso conjunto de ambos modelos, cada uno a su tiempo y de una forma concreta, tal y como se presenta en este estudio **(Navarro y Tejedor)**.

Para gestionar una empresa en forma estratégica es especialmente importante prestar atención a los sistemas de información disponibles. Éstos han de proporcionar una información relevante (que aporte datos necesarios para cumplir los objetivos), fiable (medida con rigor y objetiva) y previsor (que sea indicio de lo que pueda suceder en el futuro).

La organización que gestione bien su información, mida lo que le interese realmente y lo mida bien, alcanzará una ventaja competitiva sobre otra organización que tenga más descuidado este aspecto.

### **3.3.1 EFQM y CMI: Diferentes enfoques de gestión.**

Tal como se planteó anteriormente, se detalló los dos modelos en forma separada, para tener un conocimiento más acabado de ambos, en este capítulo se refleja el funcionamiento y el valor que aportan a la gestión de una organización tanto el Modelo EFQM, como el Cuadro de Mando Integral (CMI), aspecto muy poco referenciado en nuestro país, y sin embargo, las dos herramientas son complementarias un aspecto muy interesante que inicia la posibilidad de poder aplicar conjuntamente los dos enfoques, para añadir valor a la gestión global de la organización. El CMI cubre los vacíos de la gestión basada únicamente en el EFQM y, a su vez, el EFQM puede servir como punto de partida para establecer la estrategia a seguir, aspecto básico en el diseño de un buen CMI.

La mayor utilidad del modelo EFQM es introducir la innovación y la mejora continua en la organización a través de la “autoevaluación”. Por medio de los planes y proyectos de mejora derivados se adecua la gestión de la organización a lo indicado en el propio modelo, con lo que previsiblemente se mejorarán los resultados.

A pesar de esto, se pueden apreciar algunas deficiencias en la gestión que se basa únicamente el Modelo EFQM. **La principal podría ser la inexistencia de una reflexión, consistente y estructurada, de lo que la empresa considera que debe ser su visión, líneas estratégicas de desarrollo y, consecuentemente, su despliegue a toda la organización.**

Debido a esto, pueden presentarse las situaciones indeseadas como ausencia de información estructurada o número limitado de indicadores de gestión, irrelevancia de los indicadores empleados en relación a los objetivos de gestión que deberían medir, dificultad para obtener y mantener los indicadores de gestión, razón por la que se abandona su utilización, inexistencia de datos históricos, prácticas limitadas de gestión de los indicadores existentes (no se fijan objetivos, no existen prácticas sistemáticas de seguimiento, etc), limitada existencia de herramientas informáticas adaptadas a la gestión de indicadores que requieren los directivos de las empresas.

El EFQM, por tanto, es básicamente una herramienta o metodología para ayudar a la mejora continua global de la organización. Pero no es una herramienta para la gestión o mejora de cualquiera de los indicadores contenidos en sus criterios, ya que, en definitiva, recogen la gestión de una organización en su totalidad. Difícilmente se pondrá en marcha una gestión por procesos, un plan estratégico, una mejora del sistema de dirección o del sistema de motivación del personal, por ejemplo, con sólo seguir lo indicado en los criterios y subcriterios del EFQM.

En este contexto, el CMI es una metodología que nos ayuda en todo el Proceso de Gestión Estratégica de una organización, o lo que es lo mismo, en la definición, despliegue, comunicación, seguimiento y mejora de la estrategia.

Según la opinión de los mentores de la unión de ambos modelos (Navarro y tejedor), ambos modelos (*EFQM* y *CMI*) son complementarios y no opuestos, y el uso combinado de los dos es perfectamente compatible. Antes de describir cómo habrían de utilizarse para que aporten valor a la gestión de una organización, se presenta a modo de resumen la tabla donde se comparan ambos modelos. **(Ver anexo N° 8).**

La diferencia fundamental es que el CMI está diseñado para evaluar y comunicar la actuación estratégica, mientras que el Modelo EFQM está enfocado a fomentar la adopción de buenas prácticas en todas las actividades de gestión de la organización. Es importante destacar esta parte, ya que como se ha expuesto anteriormente, las limitantes al proceso de autogestión llevan consigo procedimientos mal aplicados, por lo mismo que el modelo a aplicar permita potenciar el desarrollo de las buenas prácticas, significa una ventaja comparativa con respecto a otros modelos aplicables a estos casos.

### **3.3.2. Criterios del EFQM contenidos en las perspectivas del CMI**

A continuación se resumirá cada perspectiva, señalando dónde se encuentra reflejada en el Modelo de Excelencia.

Los creadores del concepto de CMI (“The Balanced Scorecard” en inglés), Kaplan y Norton, defienden y justifican empíricamente sus cuatro perspectivas (Financiera, Clientes, Procesos Internos y Aprendizaje & Crecimiento). Estas perspectivas no deben considerarse como un marco cerrado, sino como un guión a seguir. Dependiendo de la estrategia definida, y de la empresa de que se trate, pueden utilizarse otras perspectivas perfectamente. En cualquier caso, las perspectivas deberían incorporar de forma explícita los intereses de todos los grupos de interés: accionistas, clientes, empleados, proveedores y sociedad. De ahí que resulte interesante el resumen comparativo entre el CMI, según las perspectivas consideradas por Kaplan y Norton, y el Modelo EFQM.

#### **3.3.2.1. Perspectiva Financiera.**

El CMI debe establecer el vínculo entre la estrategia, los objetivos financieros a largo plazo y las acciones de mejora de los procesos financieros.

La vinculación de la estrategia y los objetivos financieros permitirá establecer objetivos financieros de crecimiento para empresas con pocos años de vida, objetivos relacionados con la rentabilidad para empresas con estrategia de mantenimiento, y objetivos financieros de maximización de flujos de caja y/o minimización del circulante para empresas con productos en fase de madurez.

Dentro de la perspectiva financiera, también hay que considerar la gestión del riesgo y, por tanto, objetivos referentes al riesgo.

La gestión financiera está tratada en el Modelo EFQM, por lo que a los “agentes facilitadores” se refiere, en el subcriterio:

- **4b** Gestión de los recursos económicos y financieros, y en los “resultados”
- **9a** Resultados económicos y financieros
- **9b** Indicadores clave de economía y finanzas.

### **3.3.2.2. Perspectiva de Clientes.**

En un entorno económico como el actual, donde los clientes tienen múltiples posibilidades de elección, las empresas deberán orientar sus recursos y procesos internos a dar valor a dichos clientes, de modo que si logramos su satisfacción, obtendremos también la consecuente fidelización.

La perspectiva del cliente puede tener numerosos objetivos:

- Segmentación del mercado (cuota de mercado, aumento del nº de clientes, nuevos clientes, satisfacción de los clientes, rentabilidad de los clientes)
- Creación de valor (atributos de los productos, relaciones con los clientes, imagen y prestigio)

La totalidad de los cuadros de mando recogen los indicadores básicos de los resultados en clientes, como son: cuota de mercado, incremento de clientes, retención, satisfacción y rentabilidad de los clientes.

La gestión de las relaciones con los clientes es tratada por los siguientes subcriterios del Modelo EFQM:

- **1c** Implicación de los líderes con los clientes
- **2a** Las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés, son el fundamento de la Política y Estrategia
- **5e** Gestión y mejora de las relaciones con los clientes

### **3.3.2.3. Perspectiva de los Procesos Internos.**

Un proceso podemos definirlo como un conjunto de actividades elementales interrelacionadas entre sí que transforman una entrada en una salida, consumiendo recursos y aportando valor. Los procesos permiten establecer un modelo de gestión diferente en cada organización, al superar el tradicional esquema vertical, y permitir establecer una cadena clientes-proveedores, tanto internos como externos. Los procesos son un elemento clave para el despliegue de la estrategia. Los procesos deberán definirse en función del valor que generen para los clientes, estableciéndose la cadena de valor siguiente:

- Conocimiento de los requerimientos y expectativas tanto de clientes actuales como potenciales.
- Diseño y desarrollo de soluciones adecuadas.
- Producción y entrega de productos/servicios.
- Servicio posventa.
- Evaluación de la satisfacción del cliente.

Los objetivos e indicadores de la perspectiva de procesos se derivan de las estrategias que satisfacen a accionistas y clientes.

En el Modelo EFQM de Excelencia, los procesos aparecen en los siguientes criterios y subcriterios:

- **2d** Despliegue de la estrategia a través de un esquema de procesos clave
- **5** Procesos
- **5a** Diseño y gestión sistemática de los procesos
- **5b** Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor
- **5c** Diseño y desarrollo de los productos/servicios, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes
- **5d** Producción, distribución y servicio de atención de productos y servicios
- **5e** Gestión y mejora de las relaciones con los clientes
- **9b** Indicadores clave relacionados con procesos, rendimiento, tiempos de ciclo, despliegue, defectos, evaluaciones, madurez, innovaciones, productividad, mejoras, Lanzamiento de productos.

#### **Otras perspectivas:**

La consecución de los objetivos de las perspectivas Financiera, Clientes y Procesos requiere recursos internos. Todos los autores hablan de cuatro o más perspectivas para el despliegue de la estrategia. Ahí se incluyen recursos materiales, infraestructuras, sistemas de información, personas, etc. Kaplan y Norton llaman a la cuarta perspectiva “Aprendizaje & Crecimiento” e incluye capacidades de los empleados, capacidades de los sistemas de información,

motivación, delegación (*empowerment*) y coherencia de los objetivos y orientación hacia el aprendizaje y crecimiento.

El Modelo EFQM de Excelencia incluye los elementos básicos de las demás perspectivas:

- |   |   |
|---|---|
| - <b>3</b> Personas   | - <b>4</b> Alianzas y Recursos              |
| - <b>3a</b> Planificación, gestión y mejora                   | - <b>4a</b> Alianzas externas               |
| - <b>3b</b> Conocimiento y capacidad                          |   |
| - <b>3c</b> Participación y delegación ( <i>empowerment</i> ) | - <b>4c</b> Edificios, equipos y materiales |
| - <b>3d</b> Diálogo/comunicación interna                      | - <b>4d</b> Tecnología                      |
| - <b>3e</b> Atención y recompensa /reconocimiento             | - <b>4e</b> Información y conocimiento      |
|   | - <b>7</b> Resultados en las personas       |
|   | - <b>9b</b> Indicadores claves              |

### **3.3.3. Complementariedad del EFQM y el CMI.**

El CMI complementa al EFQM, y viceversa, más abajo se describe la metodología de su uso conjunto (*EFQM+CMI*).

#### **a) Del EFQM al CMI.**

Una organización que utiliza el Modelo EFQM tendrá un buen y amplio conocimiento de sus propias fortalezas y debilidades a nivel de proceso. Como resultado de la valoración, una organización tendrá una indicación acerca de dónde puede necesitar mejorar significativamente, dónde actúa adecuadamente y dónde supera al referencial ideal. Sin embargo, no puede tener un buen conocimiento de dónde invertir como una prioridad estratégica, o dónde la mejora

producirá el impacto más grande en la actuación comercial y los resultados. El CMI puede ser utilizado en este caso para proporcionar el enfoque estratégico necesario para priorizar la acción y asignar recursos.

#### **b) Del CMI al EFQM.**

Una vez que la organización ha identificado sus procesos estratégicos, junto con los indicadores correspondientes, utilizando el enfoque del CMI, puede aportarse más valor mediante el conocimiento del nivel de calidad de esos procesos. Los procesos de calidad son claramente importantes para poder lograr las metas estratégicas. Con el EFQM podemos obtener una comprensión más profunda con respecto a los desafíos a los que la compañía se puede enfrentar para cumplir sus objetivos estratégicos.

Con esto podemos concluir que el EFQM y el CMI son herramientas de gestión y comunicación complementarias.

- El EFQM necesita el CMI para: Alinearlo con la misión, visión y estrategia. La continua atención y comunicación.
- El CMI necesita al EFQM para: Ser evaluado, completado y repasado. Integrarlo con los procesos de gestión.

#### **3.3.4. Cómo se utilizan EFQM y CMI conjuntamente.**

En este sentido, el Modelo EFQM de Excelencia y el CMI son dos herramientas que pueden potenciar la gestión global de una organización. A continuación veremos cómo y cuándo se deberían emplear EFQM y CMI en un proceso de Gestión Estratégica. El proceso de Gestión Estratégica se puede dividir a su vez en tres grandes subprocesos: Planificación – Despliegue - Seguimiento, revisión y mejora.

Pues bien, la interrelación entre EFQM y CMI es muy estrecha, y se puede analizar a través de estos tres subprocesos:

El subproceso de Planificación Estratégica que permite la definición de la Estrategia, incluye como elemento fundamental un análisis externo – “entorno general” (dimensión económica, política, sociocultural, tecnológica, legal) – y uno interno – “diagnóstico de cómo esta funcionando la organización y de cómo ha funcionado en su pasado inmediato”.

Una magnífica herramienta para llevar a cabo ese análisis es la “autoevaluación” mediante el Modelo EFQM, la cual puede completarse con un análisis adicional basado, en matrices de posicionamiento.

El subproceso de Planificación Estratégica exige hacer una revisión y alcanzar un consenso sobre la misión, visión y valores, y consecuentemente sobre los grandes objetivos estratégicos que queremos conseguir. A partir del análisis DAFO, se podrán tomar en consideración varias alternativas estratégicas que puedan aportar resultados a los objetivos estratégicos. Esas alternativas hay que evaluarlas y priorizarlas con las técnicas adecuadas, y el resultado será la estrategia seleccionada.

La transformación de la Estrategia en el Marco Estratégico y su conversión en Líneas Estratégicas es el inicio del CMI. Como se ha comentado repetidamente, el subproceso que se ha llamado de Despliegue de la Estrategia y de Seguimiento y Mejora de la misma, son la esencia del CMI.

El proceso de Gestión Estratégica y los subprocesos que lo componen están tratados en el criterio 2 del Modelo EFQM, si bien la recopilación de información no coincide exactamente con el tradicional DAFO, sí que contempla todo lo que se detalla en el mismo.

En la figura se representa de modo gráfico el criterio 2 del Modelo EFQM **(Ver Anexo N° 9)**

Algunos de los elementos clave del Modelo EFQM son la innovación, el aprendizaje y la mejora continua, los cuales quedan recogidos en el concepto REDER (*Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión*).

El proceso a seguir será la revisión de forma sistemática de los criterios del modelo de la forma siguiente:

- ✚ Determinar los *Resultados* que la organización quiere lograr como parte del proceso de elaboración de su política y estrategia.
- ✚ Planificar y desarrollar una serie de *Enfoques* sólidamente fundamentados e integrados.
- ✚ *Desplegar* los enfoques de manera sistemática para asegurar una completa implantación de los mismos.
- ✚ *Evaluar y Revisar* los enfoques utilizados. Para después, identificar planes de mejora, establecer prioridades para los mismos, y planificar e implantar las mejoras que sean necesarias.

La principal utilidad del Modelo EFQM es la de realizar una Autoevaluación por parte de la organización en la cual está implantado. La EFQM define “Autoevaluación” como “un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con el Modelo EFQM de Excelencia”.

En este sentido, el sector público suele ser más abierto que el privado a la hora de compartir sus resultados y experiencias que se desprenden de las autoevaluaciones.

Para que una autoevaluación sea efectiva debe cumplir los siguientes requisitos:

- ✚ Debe realizarse regular y sistemáticamente.
- ✚ Debe estar involucrado todo el personal. Esto se consigue con un adecuado programa de comunicación.
- ✚ El personal encargado de realizarla debe tener la suficiente formación previa.
- ✚ Debe dar como resultado unos planes de mejora integrados con el plan general de gestión de la organización (*figura 2*).

Otro de los elementos clave del proceso de Gestión Estratégica y del CMI es realizar un seguimiento integrado por medio de los indicadores estratégicos para, posteriormente, mejorar y redefinir, si fuera necesario, la estrategia.

En la siguiente tabla se resume en qué fase del proceso de Gestión Estratégica interviene cada uno de los modelos, así como las acciones que nos permiten llevar a cabo.

Fases de la Gestión Estratégica	Modelo Utilizado	Acciones realizadas
Planificación	DAFO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis externo (entorno general y específicos).</li> </ul>
	EFQM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoevaluación (análisis interno)</li> <li>• Selección de la Estrategia a seguir.</li> </ul>
Despliegue	CMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traducción de la Estrategia en líneas estratégicas e indicadores concretos.</li> </ul>
Seguimiento, revisión y mejora	CMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y seguimiento de los indicadores (metas cuantitativas)</li> </ul>
	REDER (EFQM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realimentación.</li> </ul>

**Tabla 3: Resumen de la utilización conjunta del EFQM y el CMI en el proceso de Gestión Estratégica.**

### **3.3.5. Cómo se construye e implanta un CMI**

El punto de partida es la definición del “marco estratégico”, la empresa debe definir una estrategia que le permita tener una posición ventajosa en los aspectos clave que determinan la competencia en el sector. La rentabilidad a largo plazo va a depender del sector en que esté ubicada la empresa, existiendo unos factores claves para tener una posición competitiva.

El marco estratégico contempla la estrategia global de la organización, o lo que es lo mismo, qué va a hacer en el futuro para conseguir unos objetivos estratégicos, creando valor para los accionistas y clientes, y teniendo en cuenta las restantes partes interesadas (empleados, sociedad,...).

Una herramienta enormemente útil para visualizar el despliegue de la estrategia es el mapa estratégico, que permite representar gráficamente ese despliegue a través de una cadena de relaciones causa-efecto, conectando los resultados obtenidos en la estrategia con los inductores que los harán posibles.

Los objetivos estratégicos recogen de modo explícito lo que la estrategia pretende alcanzar en un horizonte determinado. Los objetivos deberán agruparse para cada una de las líneas estratégicas y para las perspectivas que se consideren. Cada objetivo o grupo de objetivos debería tener un “propietario”, que se responsabilice de su consecución.

Un indicador lo podemos definir como la evolución de un parámetro a lo largo del tiempo. Una representación gráfica permite visualizarlos e interpretarlos fácilmente. En el caso del CMI, los indicadores estratégicos miden la evolución de los parámetros asociados a los objetivos estratégicos.

Las metas representan aquellos valores que deben alcanzar los indicadores en un periodo determinado de tiempo. El “propietario” del objetivo se preocupará de la consecución de las metas correspondientes.

La consecución de los objetivos, indicadores y metas requiere de “planes de acción y proyectos de mejora”, que algunos autores llaman “iniciativas estratégicas”. Su complejidad e impacto son enormemente variables, pudiéndose agrupar en complejas y simples. Las primeras pueden descomponerse en varias simples.

Es importante analizar el impacto de los planes y proyectos en los objetivos estratégicos, lo cual puede hacerse con la ayuda de la “matriz de impacto”. Esta es una tarea básica del propietario del objetivo, y forma parte del esquema de seguimiento y mejora. Además, una ayuda importante podría ser la utilización de indicadores operacionales. Un ejemplo queda recogido en la tabla que sigue.

<b>Objetivo Estratégico</b>	<b>Iniciativas Estratégicas/Planes de Acción</b>	<b>Indicador Operacional</b>
Mejora de la calidad de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar el papel del jefe de tienda:</li> <li>- Establecer plan de formación de líderes.</li> <li>- Perfeccionar el sistema de dirección por objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de formación.</li> <li>• Evaluación.</li> <li>• % de empleados que reciben formación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un programa de recualificación de la plantilla:</li> <li>- Necesidades futuras</li> <li>- Capacidades actuales</li> <li>- Plan de Capacitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de empleados.</li> <li>• Evaluación.</li> <li>• Cliente camuflado.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación de nuevos empleados de acuerdo a nuevos perfiles.</li> <li>• Mejora de los activos físicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores medios.</li> <li>• Incumplimientos.</li> </ul>

**Tabla 4: Ejemplo de iniciativas estratégicas y planes de acción en una empresa de distribución**

Las últimas etapas de construcción de un mapa estratégico, y por tanto de despliegue de la estrategia, son las relativas a lo que algunos autores llaman alineamiento económico y alineamiento personal.

Como es fácil de suponer, para conseguir las metas estratégicas y por tanto impactar en los objetivos estratégicos pueden desarrollarse numerosos planes de acción y proyectos de mejora. Es fundamental que analicemos esas iniciativas desde el punto de vista de esfuerzo de implantación, lo que requiere obligatoriamente ver el coste económico y otros parámetros que tengan que ver con las dificultades de implantación.

El alineamiento personal está referido a la necesidad de que el despliegue de la estrategia debe llegar hasta los niveles interiores de la organización y la política de recursos humanos deberá estar alineada con la estrategia global de la organización.

El despliegue de los indicadores y metas debe hacerse de forma que llegue hasta las personas. Cada responsable de un proceso debe conocer su contribución a los resultados globales y desplegar, o lo que es lo mismo, hacer responsable de su parte a las personas que contribuyen directamente a la consecución de los resultados que hay que lograr en cada meta. Puede establecerse un pequeño CMI para cada empleado de la organización, que incluya el cuadro de indicadores bajo su responsabilidad, agrupados según las perspectivas utilizadas por la organización, y con los objetivos a conseguir. La suma de esos objetivos debe estar en línea con otros de rango superior del mismo proceso y, al mismo tiempo, con otros procesos.

Este sistema de despliegue de objetivos e indicadores debe completarse con un programa de evaluación de resultados, donde periódicamente cada

empleado sea evaluado por su superior en función del cumplimiento de objetivos y de la actitud mantenida. La evaluación formal podría ser una vez al año e ir ligada a las variaciones salariales, a las promociones y todo ello completado con un programa de reconocimiento.

Estamos, en definitiva, ante uno de los elementos clave de la política de recursos humanos, que debe contribuir a aumentar la satisfacción y motivación de todos los empleados.

Como hemos indicado en varios párrafos y apartados anteriores, el CMI que permite estructurar el proceso de gestión estratégica incluye, no sólo la definición y despliegue de la estrategia, sino también un esquema de seguimiento y mejora.

Ese esquema de seguimiento deberá ser táctico y estratégico. A nivel táctico habrá un seguimiento integrado con las operaciones normales, que cubrirá los planes de acción y los proyectos de mejora, a través de indicadores y metas. A nivel estratégico, el seguimiento se llevará a cabo en intervalos más largos y evaluará el cumplimiento de objetivos determinados por la estrategia de la organización.

Por último, decir que la realimentación derivada del seguimiento de los indicadores es una ayuda imprescindible para la innovación y la mejora continua, tanto de la estrategia como de las operaciones.

### 3.3.6. RESULTADOS

Utilizando la estrategia del hospital público, del estudio y siguiendo su estrategia, el mapa estratégico que se obtiene difiere de los obtenidos en empresas privadas. El estudio del cuadro de mando de un hospital público es muy interesante para conocer las diferencias según estrategias distintas, dónde la misión es de diferente perspectiva, la visión y líneas estratégicas, llegan a un cuadro de mando, que no solo cambia sus indicadores propios de cada organización, sino que cambia la relación entre perspectivas. De ahí que la relación de la perspectiva financiera con la perspectiva del cliente tenga invertida su relación ya que la estrategia del hospital es la satisfacción del paciente, los dirigentes y la sociedad.

A partir de la estrategia del hospital del sector público y el Modelo de Excelencia EFQM, y siguiendo los datos obtenidos en el mapa estratégico clasificados según las diferentes perspectivas del Cuadro de Mando Integral se obtiene la batería de indicadores que se muestran en los (**Anexos N° 10, 11 y 12**).

Es importante destacar que, con los elementos entregados se puede crear o modificar los indicadores en base a las necesidades institucionales y que no solamente es aplicable a los establecimientos autogestionados, que es el tema que nos convoca, sino a toda la gama de establecimientos del sector público.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

La idea fundamental de la Reforma de Salud en Chile, introducida mediante la Ley 19.937, fue instaurar cambios importantes en la organización, que permitieran mejorar la gestión del Sistema Público. Uno de estos cambios fue la creación de Establecimientos de Autogestión en Red, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los Hospitales de mayor complejidad del país, esto, entregando mayores atribuciones y responsabilidades a los directores de los establecimientos, en la gestión de sus recursos (Humanos, físicos y financieros).

El proceso, según se pudo evidenciar en la revisión del material bibliográfico analizado, además de lo demostrado en los indicadores de las estadísticas hospitalarias, evaluadas en el capítulo II de la presente tesis, no ha tenido los resultados esperados; uno de los primeros indicios fue el incumplimiento de los plazos para acreditarse como autogestionados, en el trienio 2005 – 2007; sólo 11 establecimientos de los 59 establecimientos de mayor complejidad cumplieron con los requisitos, el resto, según lo establecía la Ley 19.937, debían entrar en esta categoría a partir de enero de 2009, por el sólo ministerio de la Ley. Este hecho provocó reacciones en el parlamento, para quienes pareció inconcebible que los establecimientos se autogestionaran, sin que cumplieran con los estándares mínimos; esto llevo a introducir una modificación a la mencionada Ley, que postergó el proceso hasta comienzos del año 2010. Además, los parlamentarios propusieron algunas medidas, para ayudar a que esta vez si se cumpliera con el proceso, algunas de estas medidas fue el proceso de acompañamiento para EAR, esto permitiría ayudar a cumplir con los procedimientos y requerimientos para acreditar. Anexo a estas medidas, en el 2° semestre del año 2010 se introdujo un nuevo mecanismo de evaluación, que permitirá medir la estrategia de la organización, este instrumento es el Balanced

Scorecard o Cuadro de Mando Integral, su fin, reemplazar el instrumento existente a la fecha, que se desarrollaba bajo una gran cantidad de indicadores (256), lo cual lo tornaba ineficiente.

Queda en evidencia que el tránsito de los establecimientos de mayor complejidad a la calidad de autogestionados, no ha estado para nada exento de polémicas, si se puede decir errores y falencias administrativas, abaladas por la necesidad de implantar un proceso que se enmarcara en los tiempos establecidos por ley, sin importar que necesariamente se cumpliera con los requisitos exigidos. A esto se suma la visión que aún persiste por parte de los actores gremiales<sup>24</sup>, por supuesto parte importante del proceso, ya que estamos hablando del recurso humano de los establecimientos en cuestión. Por un lado existe la percepción de que autogestión es sinónimo de privatización y por otro se pide mayor participación de la parte profesional en algunos procesos de gestión, por la parte médica se reclama la falta de políticas y normativas que les permitan tener mayor acceso a capacitarse, entre otros. Principalmente, en el punto que coinciden estos llamados actores gremiales, es en la falta de incentivos económicos, si bien con la implementación de la Reforma en Salud se inyectó una gran cantidad de recursos financieros, estos no necesariamente han mejorado sustancialmente, los desbalances de infraestructura, equipamiento e incentivos económicos para los funcionarios.

En lo que respecta a los recursos humanos, aún persiste la rigidez en cuanto a la inamovilidad funcionaria, avalada por la reglamentación existente, todo esto también involucra la parte remuneracional, que explica lo planteado en el párrafo anterior.

En cuanto a la interrogante si el proceso de autogestión es la solución a las falencias del sector salud, en base a los antecedentes expuestos se

podría decir que sí, pero no aplicable a la realidad del sector, mientras no se solucionen los problemas existentes, necesariamente se debe trabajar, progresivamente por supuesto, en el conocimiento y empoderamiento por parte de los funcionarios de lo que significa el modelo de autogestión; es imprescindible para un modelo que pretende introducir reformas importantes, inyectar recursos aún más importantes, que suplan las falencias que aún existen.

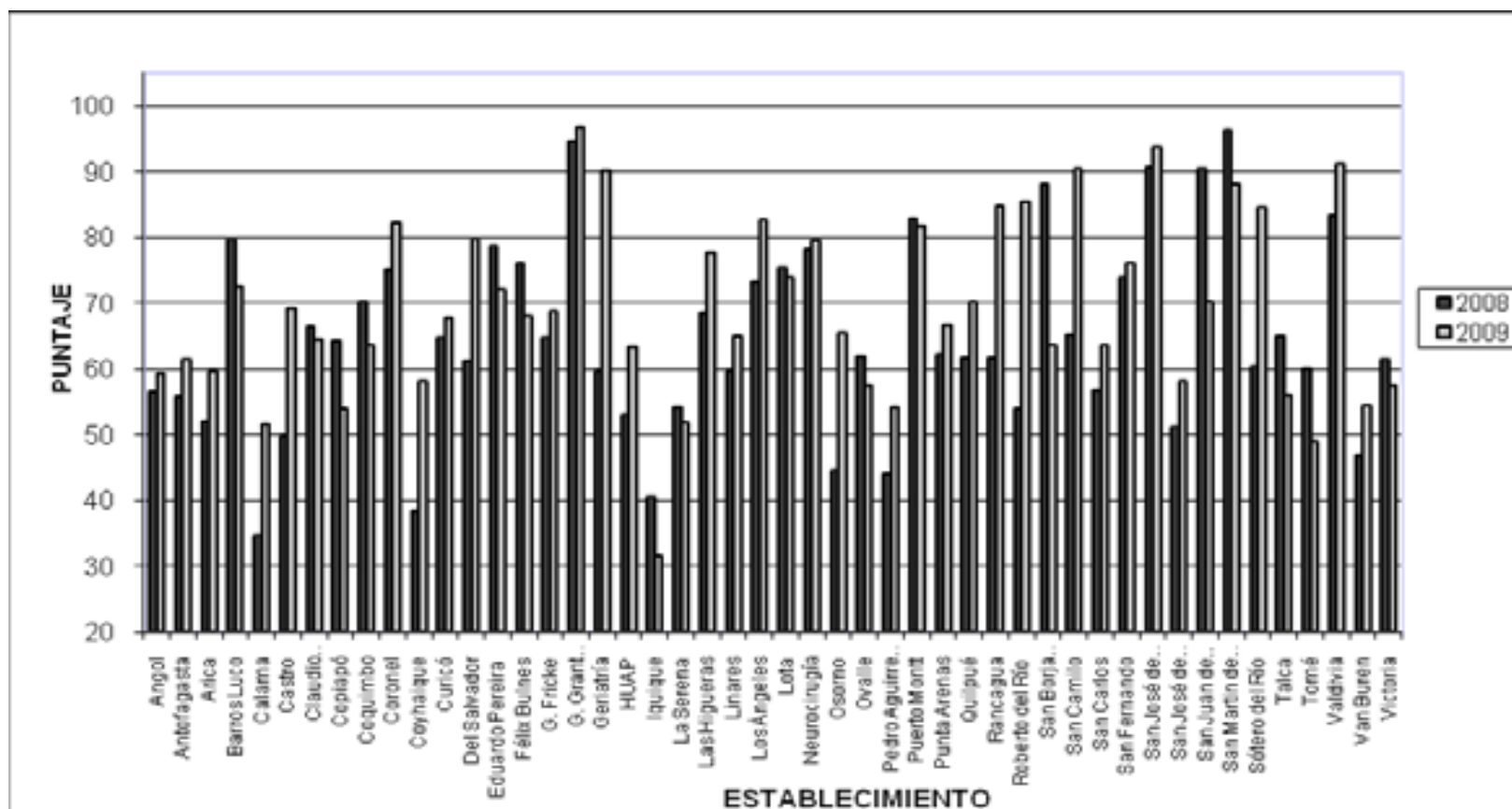
Por el momento, y mientras se logra trabajar en lo propuesto en el párrafo anterior, el sistema debe seguir funcionando y perfeccionándose, para lo cual es vital generar y trabajar las estrategias de la institución, lo cual se logra con la aplicación de herramientas de gestión que nos permitan hacer nuestros procesos más eficientes y de una forma sencilla, que pueda ser entendida por todos los involucrados en el proceso. Por esta razón, se plantea en el capítulo N° 3 la utilización del actual método de evaluación BSC, conjuntamente con el EFQ, la utilización de ambas herramientas de gestión, permite medir y plantear nuestra gestión con una visión más completa, pero en términos más sencillos y de manera aún más eficiente. Dentro de este mismo contexto, la misma herramienta propuesta permitirá detectar el grado de empoderamiento por parte de los funcionarios de lo que es proceso de autogestión y permitirá intervenir, tanto en esta área, como en todas aquellas que se encuentren falentes.

---

<sup>24</sup> Cuando nos referimos actores gremiales hablamos de la Federación Nacional de Trabajadores de FENATS, Asociación de Técnicos Paramédicos ATP y Federación Nacional de Profesionales Universitarios de la Salud FENPRUSS y Colegio Médico de Chile

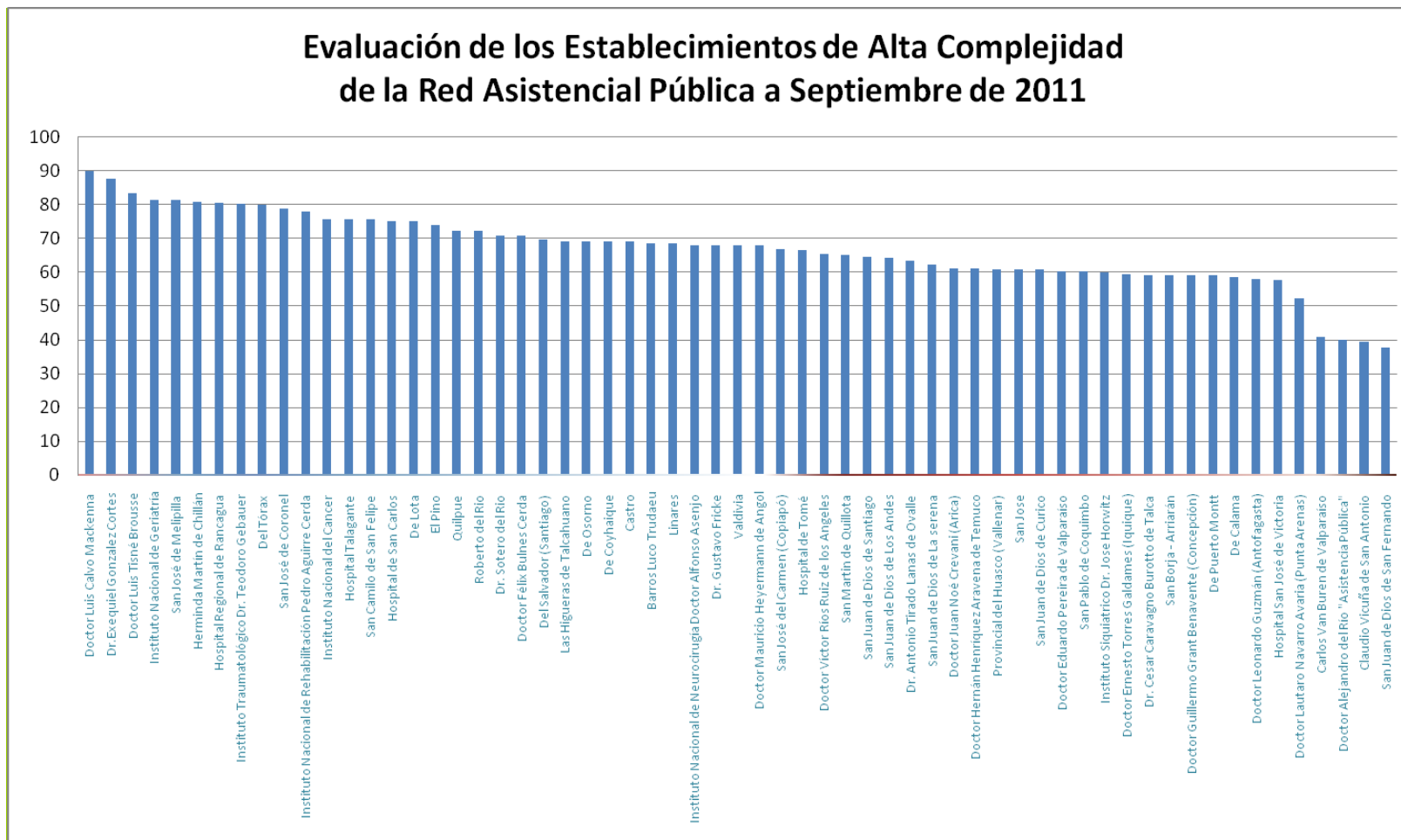
ANEXO N° 1

Evaluación de los Establecimientos de Alta Complejidad  
de la Red Asistencial Pública, 2008-2009.



Fuente: Departamento de Auditoría, Ministerio de Salud de Chile.

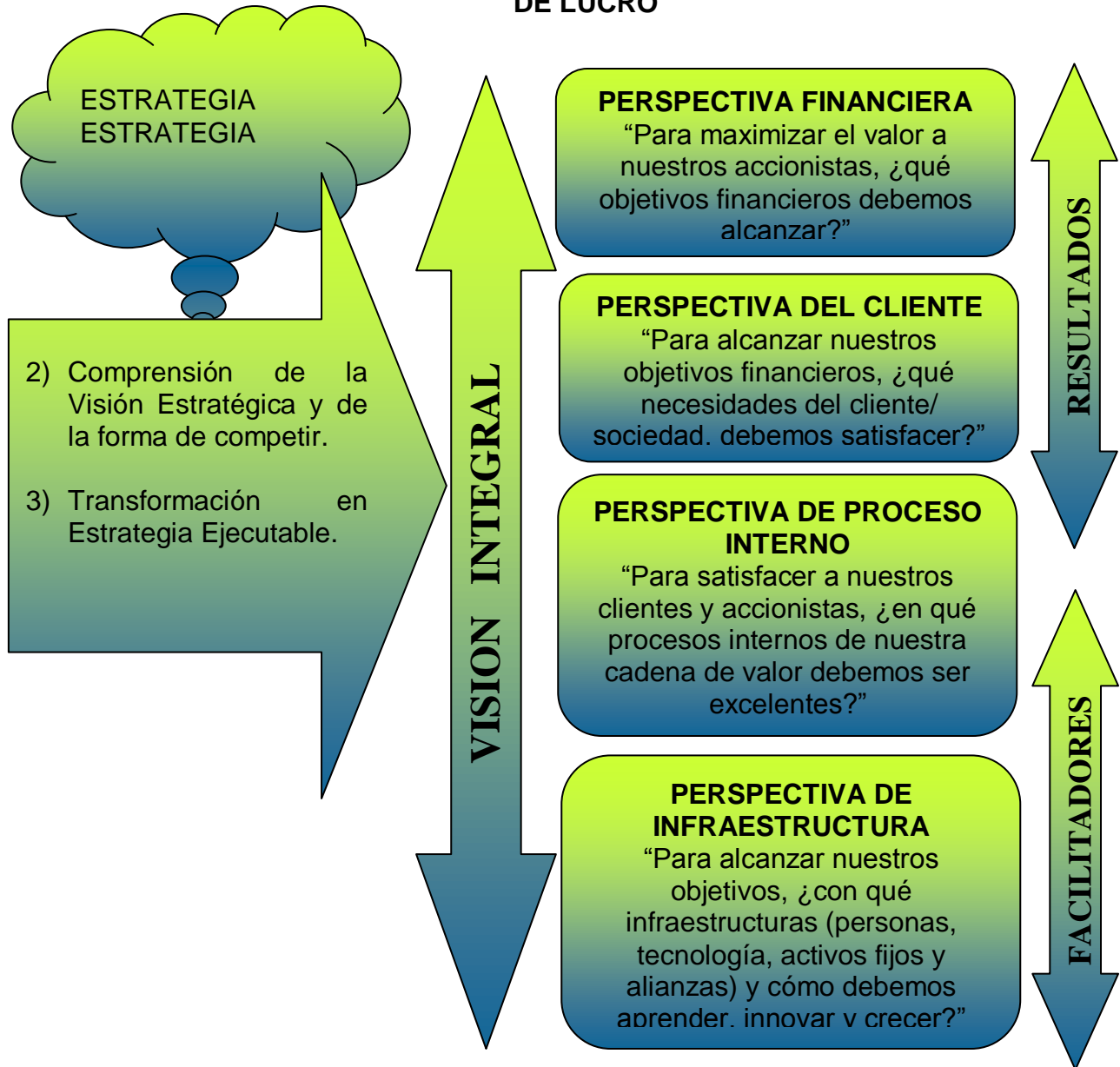
## ANEXO N° 2



Fuente: Elaboración Propia en Base a Datos Obtenidos de DEIS MINSAI

ANEXO N° 3

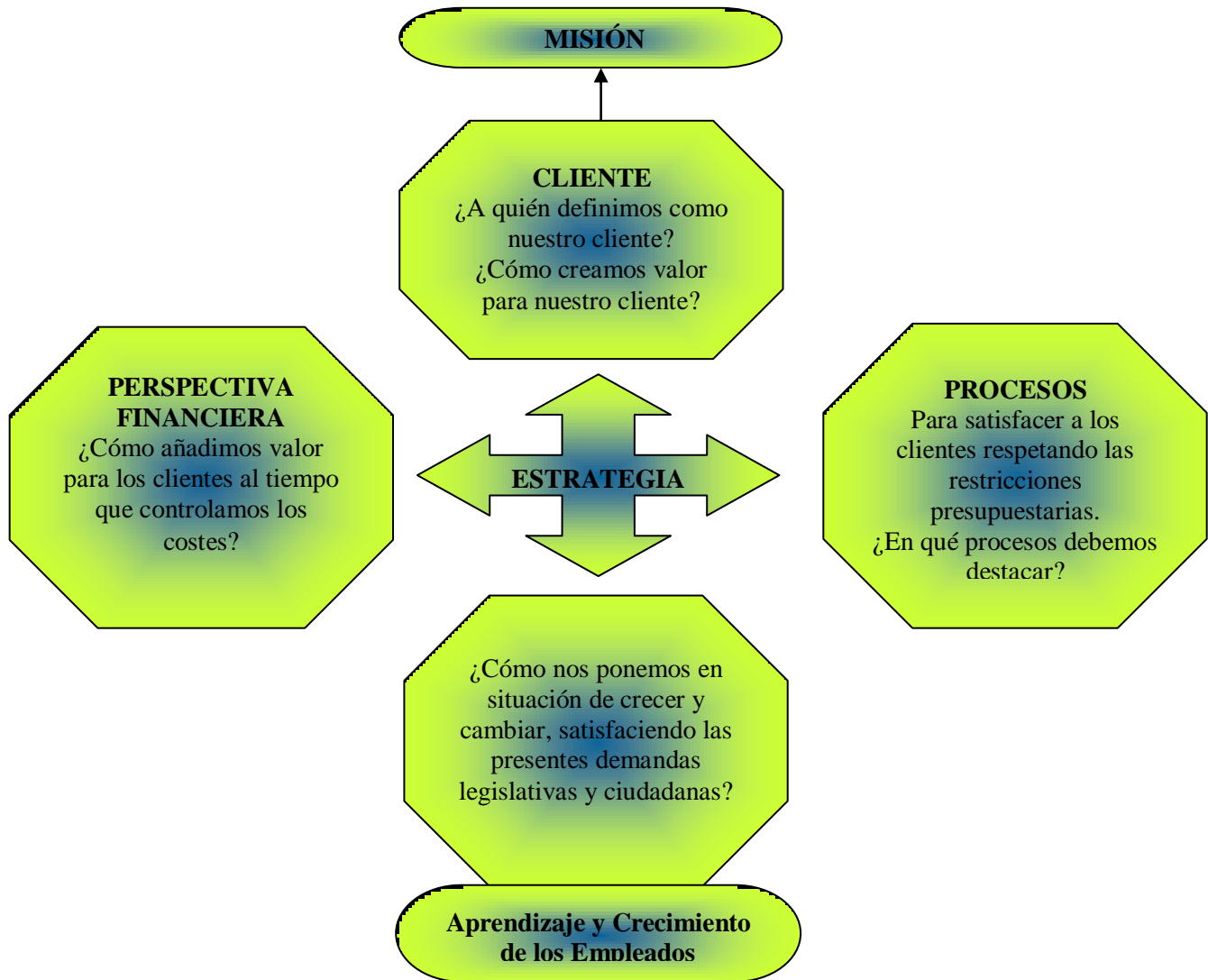
BALANCED SCORECARD PARA ENTIDADES CON FINES DE LUCRO



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de [es.wikipedia.org/wiki/Cuadro\\_de\\_mando\\_integral](http://es.wikipedia.org/wiki/Cuadro_de_mando_integral)

## ANEXO N° 4

### BALANCED SCORECARD PARA EL SECTOR PUBLICO Y NO GUBERNAMENTAL

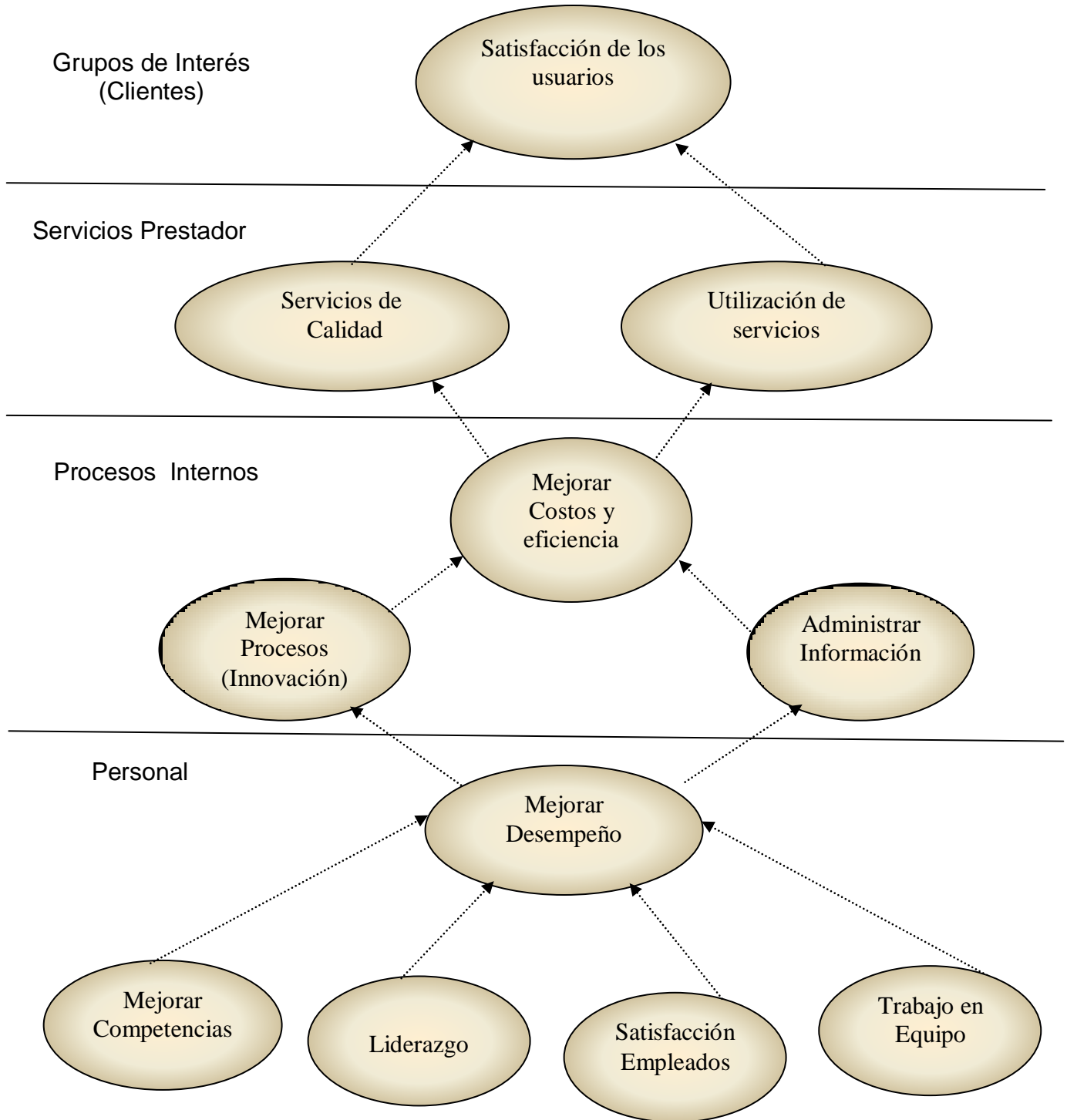


Fuente : “Como utilizar el Cuadro de Mando Integral” – Kaplan y Norton- 2° Edición.

- ✚ La misión se mueve a la parte superior del BSC
- ✚ La Estrategia permanece en el centro del BSC
- ✚ La Perspectiva del Cliente es elevada
- ✚ Los empleados son la BASE para la construcción de un BSC efectivo

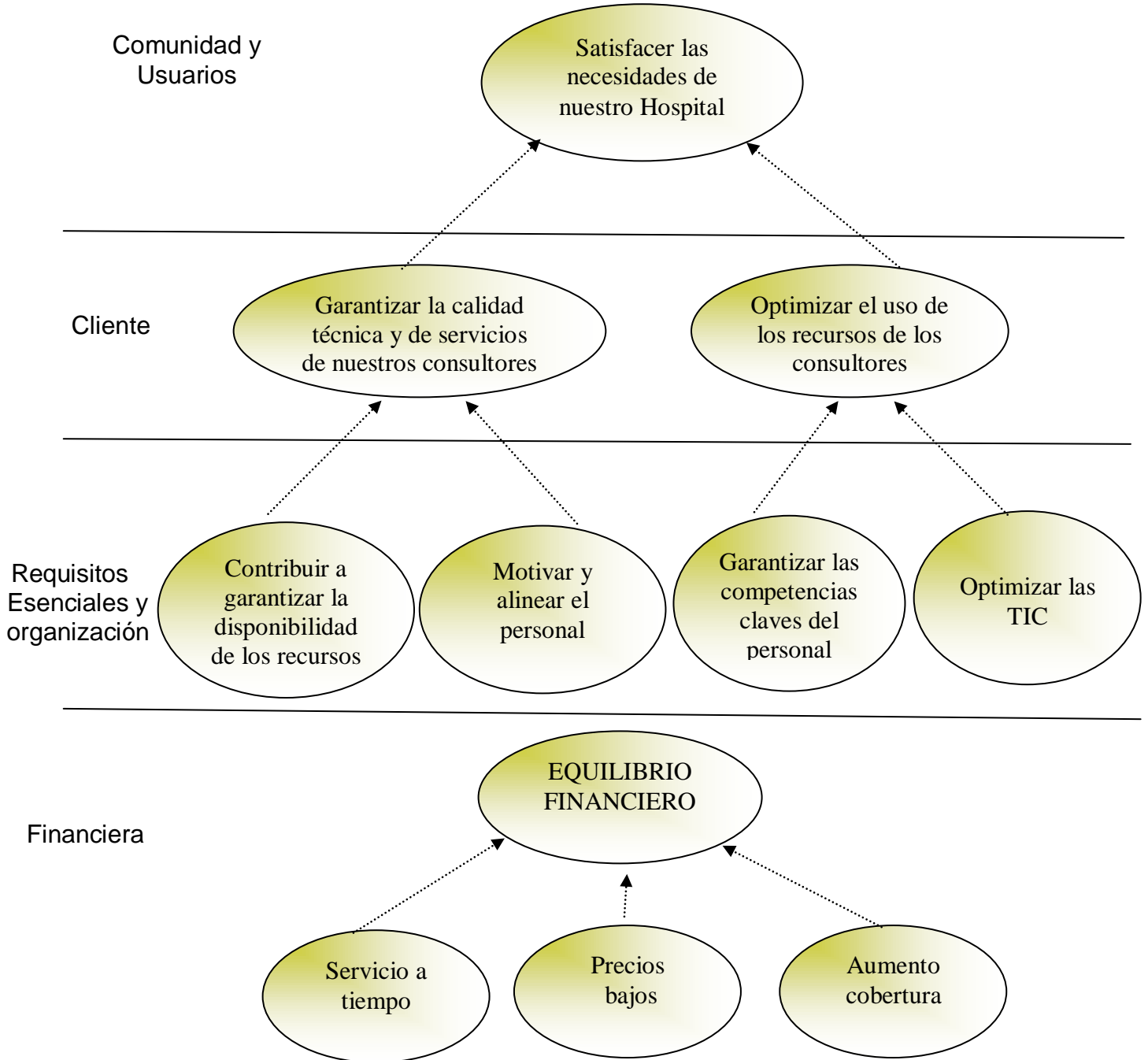
# ANEXO N° 5

## MAPA DE RELACIONES CAUSA - EFECTO



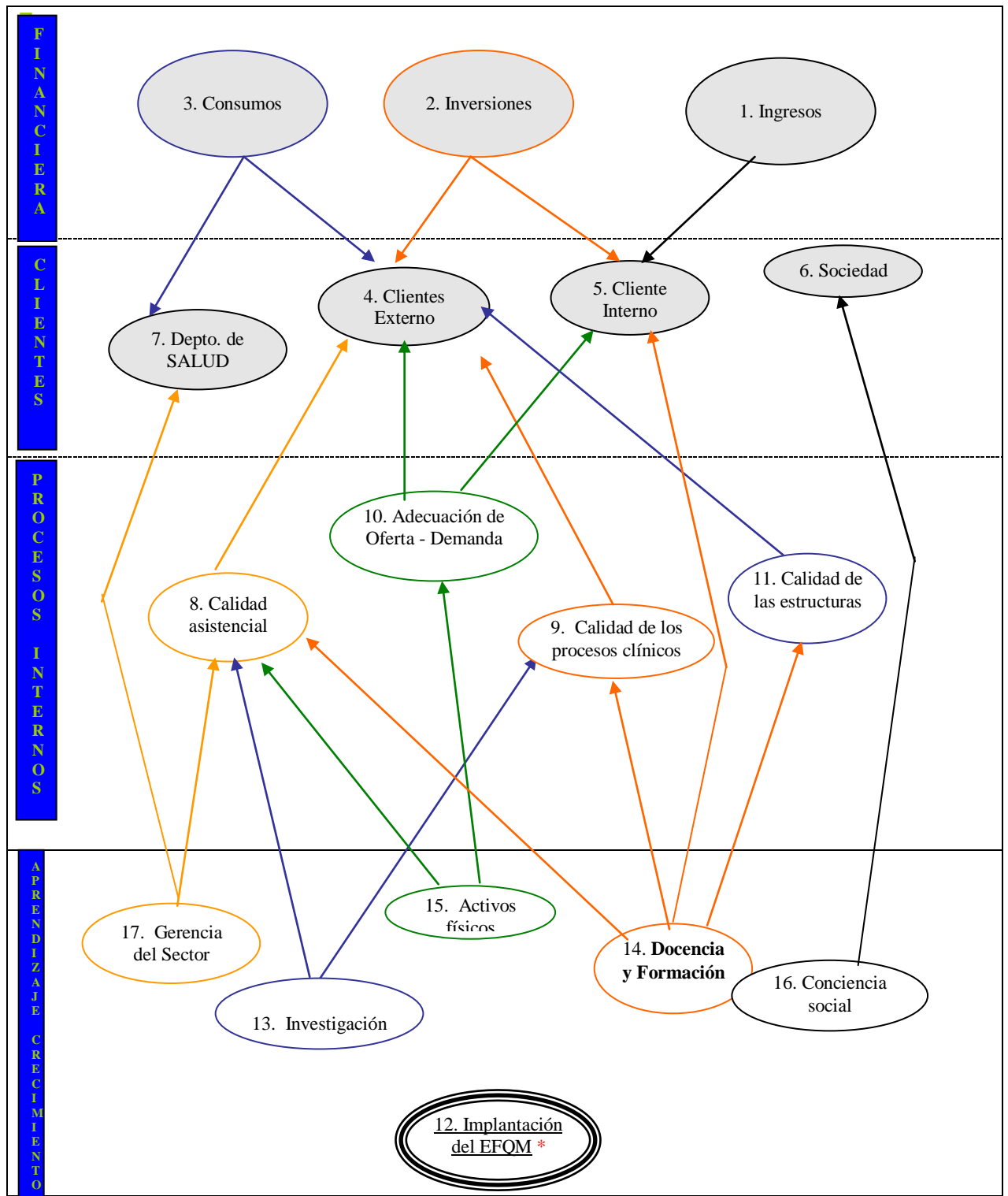
ANEXO N° 6

MAPA ESTRATÉGICO DE UN HOSPITAL



ANEXO N° 7

Mapa Estratégico Empresa



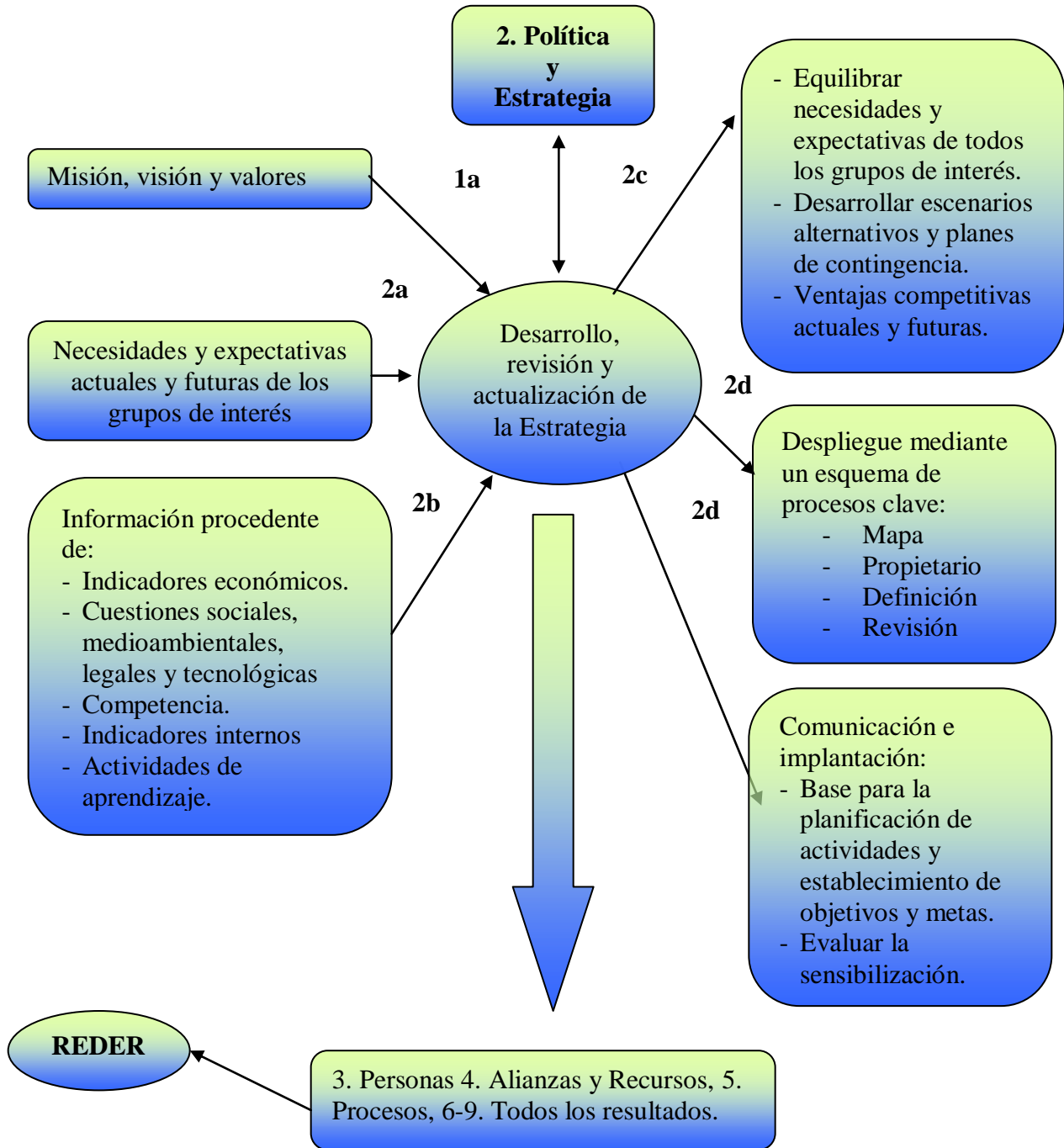
## Anexo N° 8

### Comparación del CMI y el Modelo EFQM de Excelencia.

	CMI	EFQM
<b>Orígenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medida de la actuación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de Calidad Total</li> </ul>
<b>Objetivos y beneficios esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la actuación empresarial.</li> <li>Traducir la estrategia de una empresa en términos fijados, operacionales y medibles.</li> <li>Permitir las Actuaciones Estratégicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la actuación empresarial.</li> <li>Identificas las fortalezas y áreas de mejora a través de los procesos de una organización para fomentar las mejores prácticas de gestión.</li> <li>Permite la mejor práctica de gestión.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conjunto de objetivos estratégicos lógicamente unidos con los indicadores y objetivos a través de las 4 perspectivas.</li> <li>Conjunto de iniciativas alineadas con los objetivos estratégicos y medidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una referencia y una evaluación relativa de la calidad de los procesos y resultados de una organización a través de la evaluación/puntuación según los 9 criterios del modelo. Fortalezas y debilidades relativas al proceso.</li> </ul>
<b>Acercamiento del desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de la estrategia, basado en talleres, iterativo, manejo de hipótesis, involucramiento del equipo de dirección, macrovisión y mirando al futuro.</li> <li>El conjunto de objetivos y medidas son únicos para todas las organizaciones.</li> <li>Cambio de escala en la actuación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de procesos, autoevaluación, recogida de hechos, recogida de datos, basado en puntuación, orientado al detalle y enfocado al presente.</li> <li>El conjunto de criterios y las áreas de medida son las mismas para todas las organizaciones.</li> <li>Mejora continua.</li> </ul>
<b>Factores de éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El equipo de dirección equilibra el respaldo y el compromiso.</li> <li>El proceso continuo introducido en los procesos de gobernación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El equipo de dirección equilibra el respaldo y el compromiso.</li> <li>El proceso continuo introducido en la gestión del día a día.</li> </ul>

Anexo N° 9

Criterio 2 del Modelo EFQM de Excelencia



Fuente: Elaboración propia con datos del texto "Innovación y Mejora Continua Según el Modelo EFQM de Excelencia" – Joaquín Membrado - 2° Edición

## Anexo N° 10

### INDICADORES BSC/EFQM – Perspectiva Financiera y Clientes

#### a) PERSPECTIVA FINANCIERA

##### 1. Ingresos:

- Ingresos totales anuales
- % correspondiente a “actividad asistencial SALUD”
- % correspondiente a “actividad asistencial otros”
- % correspondiente a “docencia”
- % correspondiente a “investigación”

##### 2. Eficacia de las Inversiones:

- % de inversiones asignadas por su “eficacia” (coste/efectividad)
- % de inversiones asignadas por el grado de cumplimiento de los objetivos marcados.
- % presupuesto de inversión nueva ejecutado
- % presupuesto de inversión de reposición ejecutado

##### 3. Consumos:

- Consumo de fármacos por grupo terapéutico
- Consumo de material sanitario
- Gastos totales
- % de gasto farmacéutico sobre el total

#### b) PERSPECTIVA DE CLIENTES

##### 4. Cliente Externo:

- % de pacientes encuestados satisfechos /muy satisfechos.
- Nº reclamos.

##### 5. Cliente Interno:

- Ausentismo (Satisfacción /Implicación): Total de días perdidos por empleado % de empleados encuestados satisfechos/muy satisfechos
- Nº de sugerencias recibidas (Implicación)
- Índice de rotación de personal (Satisfacción)

##### 6. Sociedad:

- % de noticias positivas aparecidas en prensa
- % de personas encuestadas que valoran positiva/muy positivamente la labor realizada por el H.P.
- Influencia del H.P. en la calidad de vida del sector/ciudad (puede ser el apartado en alguna encuesta de calidad de vida)

##### 7. Ministerio de SALUD:

- % de cumplimiento de metas.

## Anexo N° 11

### c) PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

#### 8. Calidad Asistencial (atención al cliente):

- Corresponsabilización: % de pacientes que han sido partícipes de su tratamiento gracias a que han recibido una información privilegiada (*Plan Estratégico; Línea Estratégica 1.6; p.13*)
- Urgencias:
  - o EM? (horas) en urgencias
  - o DM? (horas) en urgencias
  - o % ingresos desprogramados
  - o % de pacientes que permanecen >3,6 horas en urgencias
- % consultas de rápida resolución; y % de éstas que se refieren a pacientes del medio rural
- % habitaciones individuales

#### 9. Calidad de los procesos clínicos

- % de pacientes que vuelven a ser ingresados en un plazo menor a 30 días post operación o Reingresos urgentes de la misma categoría diagnóstica mayor (CDM)
- También se podría dividir por servicios prestados:
  - o Hospitalización: índice de ocupación
  - o Hospitalización: % altas codificadas
  - o Urgencias: % urgencias ingresadas
  - o Hospital de día: índice de ocupación
  - o Cuidados paliativos: índice de ocupación
  - o Actividad quirúrgica: intervenciones por cada 1000 hab.
  - o Actividad quirúrgica: % intervenciones exitosas
- Tasa de mortalidad
- nº de pacientes que vuelven al trabajo después de una intervención / nº de pacientes que no lo hacen (*indicador global*)
- nº de pacientes sin efectos secundarios después de una intervención / nº de pacientes que sí tienen efectos secundarios (*indicador global*)
- nº de pacientes cuyos familiares han de encargarse de cuidarles después de una intervención / nº de pacientes cuyos familiares no han de estarlo (*indicador global*)

#### 10. Adecuación de Oferta-Demanda:

- Total lista de espera
- Lista de espera (LE) < X (días/meses)

#### 11. Calidad de las estructuras soporte:

- Nº de quejas sobre vacíos en las estructuras soporte detectadas por los servicios clínicos, pacientes o familiares
- También podemos escoger indicadores de cada estructura soporte:
  - o Hostelería:
    - Reparto de ropa
    - Bandeja térmica
  - o Gestión de materiales:
    - Enfermera Responsable
  - o Economía:
    - Proporcionar información
  - o Ingeniería:
    - Encuesta

## Anexo N° 12

### d) PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO

<p>12. <u>Implantación del EFQM:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Última puntuación obtenida (o en términos de incremento) N° de autoevaluaciones acumuladas.</li> <li>- % de empleados que conocen del EFQM o su existencia o su última puntuación.</li> </ul>	<p>13. <u>Investigación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (N° publicaciones + N° proyectos implantados) / (N° total de proyectos o Presupuesto)</li> <li>- N° de proyectos impulsados</li> <li>- Presupuesto concedido a la investigación</li> <li>- N° de proyectos realizados por alumnos universitarios</li> </ul>	<p>14. <u>Formación y Motivación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N° (%) de participantes en los cursos de formación del hospital</li> <li>- % de incentivos atribuido al mérito</li> <li>- N° de sugerencias realizadas/implantadas/pagadas</li> </ul>	<p>15. <u>Activos físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de etapas cumplidas del Plan Funcional del edificio de especialidades.</li> <li>- N° de quejas referidas a infraestructuras o equipamientos.</li> <li>- % informes de alta definitivos presentes en el archivo en un periodo &lt; X días posteriores al alta.</li> <li>- % altas codificadas</li> <li>- % informes de alta definitivos que cumplen el 100%/80% de los criterios de calidad establecidos por el H.P.</li> </ul>	<p>16. <u>Concienciación social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información social: n° de campañas/anuncios/documentos emitidos</li> <li>- N° de sugerencias recibidas</li> </ul>	<p>17. <u>Gerencia de Sector:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica de los pacientes del sector compartida (%) Correcto</li> <li>- funcionamiento de la “Ventanilla Única”</li> </ul>
---	---	---	--	---	---

## **ANEXO N° 13**

### **Aspectos Principales del Reglamento de los Establecimientos Autogestionados en Red**

Los Hospitales de Mayor Complejidad (HMC) que pasaron a la condición de Establecimiento de Autogestión en Red (EAR) son órganos desconcentrados del Servicio de Salud respectivo. Ejecutan las acciones de salud dentro de su nivel de complejidad. La organización administrativa hace posible la gestión asistencial en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva, mediante sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros.

#### **a) Condiciones para ser EAR**

Un EAR debe demostrar una articulación adecuada con la Red Asistencial, estar registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud y tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones, de satisfacción de usuarios y de cumplimiento de las garantías GES y de las metas sanitarias. Asimismo debe contar con mecanismos formales de participación, con sistemas de cuenta pública a la comunidad y debe tener un sistema especializado para manejar peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. El Plan de Desarrollo Estratégico del EAR debe abordar los Recursos Humanos, la Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria (incluye procedimientos de cobro y recaudación de ingresos), la Gestión Clínica y Administrativa, un Plan de Inversiones, el mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria y sistemas de Planificación, Control de Gestión y Auditoría Interna.

Los EAR, como parte de la Red Asistencial, deben desarrollar actividades asistenciales en la complejidad y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud, para atender a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N°

16.744, referidos desde las Redes Asistenciales correspondientes, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes.

Los EAR deben mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial y entregar la información estadística u otra requerida por autoridades competentes. También, deben contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas. Debe dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, la 1 Se entiende por HMC a los hospitales que cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen subespecialidades como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

Autoridad Sanitaria y el respectivo Servicio de Salud y efectuar auditorias de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año.

#### **b) Acerca de la Dirección del EAR**

Los EAR estarán a cargo de un Director designado por el Director del Servicio de Salud (Sistema de Alta Dirección Pública). Para el caso de remoción será un funcionario de exclusiva confianza. Será servido por un profesional universitario con competencia en gestión en salud, con jornada completa, con derecho a la asignación de alta dirección pública.

La coordinación con el Director del Servicio de Salud se regirá por la norma y los convenios de desempeño vigentes, los que deberán orientarse como directivas relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios e integración a la Red y metas de desempeño presupuestario, financiero, de actividad, oportunidad y satisfacción usuaria. Será removido por el Director del Servicio de comprobarse el incumplimiento de los convenios de desempeño, o falta grave a sus deberes funcionarios.

La administración superior y control del EAR corresponderán a su Director aunque el Director del Servicio podrá solicitarle la información necesaria para el ejercicio de sus funciones.

Corresponderá al Director las funciones de dirección, organización y administración del EAR. En especial, le corresponde diseñar y elaborar el Plan de Desarrollo Estratégico, diseñar la estructura organizacional, ejecutar los programas y acciones de salud, y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas sus dependencias. Además, debe elaborar y proponer al Subsecretario de Redes Asistenciales el presupuesto anual y el plan de inversiones debidamente acordado con el Director del Servicio

### **c) El Presupuesto**

En cada presupuesto de los EAR se fijará la dotación máxima de personal, los recursos para pagar horas extraordinarias, capacitación y perfeccionamiento, y los viáticos, la dotación de vehículos, el límite de aplicación de gastos en la ley N° 19.664 y demás autorizaciones. El Director podrá solicitar al Subsecretario de Redes Asistenciales, por intermedio del Director del Servicio, los ajustes presupuestarios que correspondan.

### **d) Administración de personal**

Ejercer las funciones de administración del personal en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa, higiene y seguridad laboral, y gestión de recursos humanos. Además, compra de servicios a personas naturales o jurídicas, para todo tipo de tareas o funciones, sin que el gasto exceda el 20% del total del presupuesto asignado al Establecimiento respectivo, y celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803,

#### **e) Administración de bienes**

Celebrar y ejecutar contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales asignadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales. Requiere de la autorización del MINSAL para enajenar inmuebles.

Los contratos sobre 5.000 UF deben aprobarse por el Ministerio de Hacienda. Cuando la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias mensuales en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio respectivo. La enajenación de bienes muebles e inmuebles a título gratuito solo podrá hacerlo a favor del Fisco y otras entidades públicas

#### **f) Celebración de convenios**

Puede celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o de derecho privado, con y sin fin de lucro, para realizar acciones de salud mediante la delegación de funciones (incluye DFL 36). Los convenios pueden ser celebrados con el Servicio, con otros EAR, con Establecimientos de Salud Experimentales y con entidades administradoras de APS de su territorio, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios (incluye comodato) para ejecutar el convenio, y pactando los precios y modalidades de pago conforme a las normas de los Ministerios de Salud y de Hacienda. El Director del Servicio de Salud debe aprobar los convenios con entidades ajenas a su Red Asistencial. También puede convenir con profesionales de la salud (contratados al menos con 22 hrs. semanales) para atender a sus pacientes particulares. Igual que los convenios con las ISAPRES, sin postergar a los beneficiarios legales. Puede celebrar convenios con FONASA y con Servicios de Salud para atender a los

beneficiarios de la ley N° 18.469 en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o en las condiciones y modalidades que correspondan.

Puede ejecutar acciones de Salud Pública en convenio con la Secretaría Regional Ministerial de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública, con el conocimiento del Director de Servicio.

Puede establecer en forma autónoma un Arancel para atender a no beneficiarios de la ley N° 18.469. Puede realizar leasing e invertir excedentes de caja en el mercado de capitales (autoriza Ministerio de Hacienda). Puede declarar la exclusión, fuera de uso y dar de baja los bienes muebles, asegurando la publicidad y la libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación; Asimismo, puede delegar atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia, conferir mandatos en asuntos determinados, condonar el co-pago de la Modalidad de Atención Institucional, constituir unidades asesoras como consejos de desarrollo, técnicos, comités de calidad, ética médica, docencia, investigación, abastecimiento, farmacia, infecciones intrahospitalarias y otros. Puede autorizar protocolos de investigación científica biomédica en seres humanos que se desarrollen al interior del Establecimiento, previo informe del Comité Ético Científico.

Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales deberán contar con la autorización del Director del Servicio respectivo.

#### **g) Representación judicial**

La representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud se entiende delegada en el Director del EAR. En casos de demandas el Director del Servicio debe ser informado en las primeras 48 horas y puede actuar como coadyuvante en cualquier fase del proceso.

## **h) Evaluación anual**

El EAR estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, (antes del 15 de marzo de cada año) para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la que incluirá las siguientes materias:

- ✚ Mantener los niveles de cumplimiento de los requisitos para obtener la calidad de EAR.
- ✚ Mantener el equilibrio presupuestario y financiero. Obligaciones con respaldo presupuestario, igualdad entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas no exceda los 60 días.
- ✚ Cumplir las metas de satisfacción de los usuarios
- ✚ Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial.
- ✚ Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera.
- ✚ Cumplir a los convenios celebrados con el FONASA, la Secretaría Regional Ministerial de Salud y el Servicio de Salud, como también con las Garantías GES y las metas sanitarias.
- ✚ El EAR deberá realizar auditorías a lo menos una vez al año (pueden hacerlas auditores externos). Incluirá la gestión administrativa, clínica, financiera y presupuestaria.
- ✚ El EAR deberá elaborar estados financieros presupuestarios que incluirán los siguientes informes:
  1. Informe mensual analítico y agregado de las variaciones de la ejecución presupuestaria.
  2. Informe mensual de ejecución de gastos en personal.
  3. Informe mensual de ejecución del programa de prestaciones valoradas.
  4. Informe mensual de indicadores de gestión financiera.

5. Informe mensual de deuda por antigüedad, en bienes y servicios de consumo, operaciones años anteriores y deuda total.
6. Análisis cualitativo situación financiera- presupuestaria (ingresos, gastos, deuda, indicadores y acciones correctivas), mensual y acumulados semestral y anual
7. Información periódica de convenios establecidos con terceros.
8. Informe mensual presupuestario de la ejecución financiera y actividad relacionada con los convenios con terceros.
9. Informe trimestral de la programación financiera de ingresos y gastos.
10. Informe trimestral de generación y destinos de los ingresos propios.
11. Informe anual de inversiones relacionadas en el establecimiento.
12. Informe anual del programa de mantención de equipos médicos e industriales.

i) Detectado el incumplimiento por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud o el Superintendente de Salud, el Subsecretario representará la situación al Director del EAR y le otorgará un plazo de quince días hábiles (prorrogable) para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales junto con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de quince días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, aprobándolo o rechazándolo.

Si se aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden (hasta 120 días), al cabo del cual, se evaluará si los incumplimientos se subsanaron.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del EAR el cual cesará en sus funciones por el solo ministerio de la ley.

Mientras no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del EAR no percibirá la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados

En caso de cesación de las funciones del Director del EAR, al momento de nombrar a su reemplazante, el Director del Servicio le fijará un plazo de diez días hábiles para presentar un Plan de Ajuste y Contingencia, al que le serán aplicables las mismas normas.

## Referencias Bibliográficas

---

1. MINISTERIO DE SALUD. Chile Modelo de Atención Integral de Salud, Serie Cuadernos N° 1. Marzo de 2006.
2. MINISTERIO DE SALUD. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Santiago de Chile, Ministerio, 2002.
3. CUADERNOS MÉDICO SOCIALES. Los desafíos pendientes de la Autogestión Hospitalaria en Red. Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria. Serie 2009.
4. MINISTERIO DE SALUD de Chile. Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión.
5. MINISTERIO DE SALUD. Subsecretaría de Salud Pública. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red. Decreto N° 38 del 2005.
6. REV. CHILENA DE PEDIATRIA - Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria 2008.
7. EXPANSIVA. Serie En Foco. Separación de Funciones en la Reforma del Sector Salud en Chile: Tres Visiones 2007.
8. DEIS MINSAL. Estadísticas Hospitalarias 2006-2011.
9. REV MÉD CHILE. Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. 2004.
10. Artaza O., Castillo R., Fábrega R., Quinteros M. Gestión del Cambio: Presentación de dos casos chilenos.
11. Artaza O., Montt J., Vásquez C., "Estructura y Recursos Humanos en un Hospital Público Chileno: una experiencia de cambio". Revista Panamericana de la Salud Pública OPS 1997.
12. Artaza O. y cols. "¿Cómo preparar a una organización pública para funcionar en un modelo de "Autogestión y satisfacción usuaria?". Cuadernos Médico Sociales XXXVIII. Chile.
14. Serie Cuadernos N° 1 Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud de Chile, Marzo de 2006

15. Ley 19.937, Ley de Autoridad Sanitaria que Modifica D.L. No. 2.763.
16. “Innovación y Mejora Continua Según el Modelo EFQM de Excelencia” – Joaquín Membrado - 2º Edición
17. Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales.
18. Documento Modelo de Gestión Hospitalario Subsecretaria de Redes Asistenciales distribuido el año 2006.
19. “Como utilizar el Cuadro de Mando Integral” – Kaplan y Norton- 2º Edición.