



MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE SALUD PRIVADA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN CONTROL DE GESTIÓN**

**Alumna: Javiera Lagos Ganga
Profesor Guía: Liliana Nériz Jara**

Santiago, Enero 2018



Agradecimientos

Agradezco a las profesoras Liliana y Alicia, por permitirme participar en este proyecto, su paciencia, apoyo y la entrega de conocimientos. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

A mis padres y mi hijo, por su eterno apoyo y permitirme la oportunidad de continuar mis estudios. Sin ustedes, nada de esto sería posible.

A mis amigas y cada persona que me acompañó en este proceso, por entregarme la motivación y fuerza cada vez que fue necesario.



Resumen Ejecutivo

La presente tesis consiste en aplicar un Modelo de Evaluación del Desempeño en la Unidad de Emergencias del Hospital Clínico Fundación de Salud el Teniente, ubicado en Carretera el Cobre 1002, Rancagua, VI Región.

Las Unidades de Emergencias son parte de los servicios con mayor demanda en el sistema de salud Chileno y debido a esto, se consideran parte de las unidades que enfrentan un mayor colapso. Sin embargo, este colapso, no sólo depende de la cantidad de usuarios que requieran del servicio en un tiempo determinado, sino también de la cantidad de recursos disponibles y la gestión de los mismos para llevar a cabo la atención del paciente.

Actualmente, la expectativa de los pacientes y sus acompañantes, no es sólo que su patología médica tenga un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, sino también el trato entregado por los funcionarios del servicio sea de calidad. Siendo este último un elemento muy relevante en las Unidades de Emergencias, principalmente por las situaciones de espera y la tensión de la condición de salud de los pacientes.

Es por ello que el objetivo principal de este estudio, consiste en medir el desempeño de las actividades que se llevan a cabo en la Unidad de Emergencias, mediante un conjunto de 75 indicadores, distribuidos en Indicadores de Tiempo, Indicadores de Calidad, Indicadores Económicos, Indicadores de Capacidad e Indicadores de Resultado para posteriormente evaluar el desempeño de la Unidad, permitiendo así conocer cómo es llevada a cabo la gestión de recursos y con ello, de ser necesario, diseñar propuestas de mejora que permitan contribuir con los objetivos de la organización, una gestión de recursos eficiente y con ello entregar a los usuarios un servicio acorde a sus necesidades de salud.

A lo anterior, es que este informe cuenta con seis capítulos, en donde se explica claramente como fue realizado el proceso de investigación.



Tabla de contenido

Capítulo I.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Descripción del Problema.....	2
1.3 Justificación del Tema.....	3
1.4 Objetivos de la Investigación.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
1.5 Metodología.....	6
1.6 Alcances y Limitaciones.....	6
Capítulo II.....	32
Marco Teórico.....	32
2.1 La Industria de Salud y las Unidades de Emergencias.....	32
2.2 Evaluación del Desempeño.....	33
2.3 Gestión del Desempeño.....	35
2.4 Evaluación y Gestión del Desempeño en Salud.....	38
2.4.1 Indicadores de Desempeño en Urgencias.....	39
2.4.1.1 Indicadores de Tiempo.....	40
2.4.1.2 Indicadores de Calidad.....	42
2.4.1.3 Indicadores de Eficiencia Económica.....	43
2.4.1.4 Indicadores de Capacidad.....	47
2.4.1.5 Indicadores de Resultado.....	49
Capítulo IV.....	51
Resultados.....	51
4.1 Resultados de Indicadores.....	51
4.1.1 Indicadores de Tiempo.....	51
4.1.1.1 Tiempos de Espera.....	51
4.1.1.2 Tiempos de Procesos.....	69
4.1.2 Indicadores de Calidad.....	87
4.1.2.1 Errores.....	88



4.1.2.2 Cumplimiento de Estándares	102
4.1.2.3 Satisfacción.....	106
4.1.3 Indicadores Económicos.....	111
4.1.3.1 Costo	111
4.1.3.2 Financiero	114
4.1.4 Indicadores de Capacidad.....	118
4.1.4.1 Oferta	118
4.1.4.2 Demanda	127
4.1.5 Indicadores de Resultado.....	130
4.1.5.1 Hospitalización	130
4.1.5.2 Alta.....	132
4.1.5.3 Abandono.....	134
4.1.5.4 Derivados	138
Capítulo V	140
Propuestas de Mejora	140
Propuestas al Área Clínica.....	140
Propuestas al Área Recursos Humanos	143
Propuestas al Área Servicio al Paciente.....	143
Propuestas al Área Financiera.....	144
Propuestas al Área Gestión de Información	144
Capítulo VI.....	146
Conclusiones	146
Bibliografía	150
Anexos	157
Anexo A: Procesos de la Unidad de Emergencias	158
Anexo B: Ficha de Indicadores.	174
Anexo C : Medición de Indicadores.....	231



Tablas, Gráficos y Figuras

Tablas

Tabla 1: Levantamiento de las Variables para cada Indicador	8
Tabla 2: Fuentes de Información.....	10
Tabla 3: Estándares Establecidos.....	11
Tabla 4: Asociación Actividades y Recursos.....	21
Tabla 5: Definición de Inductores de Recursos.	22
Tabla 6: Propuesta de Inductores para cada Recurso.....	22
Tabla 7: Método de Cálculo de Inductores	23
Tabla 8: Variables para el cálculo de producción	24
Tabla 9: Comparación Resultados/Estándares.....	25
Tabla 10: Propuesta de Estrategias de Mejora	27
Tabla 11: Metas propuestas Tiempo de Ingreso a Box	56
Tabla 12: Metas propuestas espera de Atención Médica.....	58
Tabla 13: Metas propuestas espera por Resultados (Imágenes).....	60
Tabla 14: Metas propuestas espera por Resultados (Ex. Laboratorio).....	62
Tabla 15: Metas propuestas espera por Alta administrativa	64
Tabla 16: Meta propuesta Espera de Alta Médica	66
Tabla 17: Metas propuestas Tiempo de espera total	68
Tabla 18: Metas propuestas Uso de Reanimador	71
Tabla 19: Metas propuestas Admisión.....	73
Tabla 20: Metas propuestas Triage	74
Tabla 21: Metas propuestas uso de Box.....	76
Tabla 22: Metas propuestas Procedimiento médico y/o de Enfermería.....	78
Tabla 23: Metas propuestas Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes).....	80
Tabla 24: Metas propuestas Atención Médica.....	86



Tabla 25: Meta propuesta Atención Médica Efectiva.....	87
Tabla 26: Metas propuestas Cambio en Diagnósticos	93
Tabla 27: Metas propuestas Tasa de Reconsulta.....	95
Tabla 28: Metas propuestas Infecciones Intrahospitalarias	97
Tabla 29: Metas propuestas Eventos Centinela	99
Tabla 30: Metas propuestas Accidentes.....	100
Tabla 31: Metas propuestas Hospitalización no Pertinente	102
Tabla 32: Metas propuestas Cumplimiento de Estándares Triage.....	104
Tabla 33: Existencia de Protocolos.....	105
Tabla 34: Metas propuestas Existencias de Protocolos.....	105
Tabla 35: Cumplir con Exigencia Ministerial.....	106
Tabla 36: Metas propuestas Obtención de Certificaciones de Calidad.....	106
Tabla 37: Metas propuestas Litigios	107
Tabla 38 Metas propuestas Reclamos.....	109
Tabla 39: Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud	109
Tabla 40: Metas propuestas Renuncias o Transferencias	109
Tabla 41: Metas propuestas Especialización.....	111
Tabla 42: Metas propuestas Costo por Actividades.....	113
Tabla 43: Metas propuestas Cuentas Pendientes.	115
Tabla 44: Metas propuestas Ejecución Presupuestaria.	117
Tabla 45: Metas propuestas Pacientes que Regularizan su Situación Financiera.....	118
Tabla 46: Cantidad de Activos.....	119
Tabla 47: Meta propuesta Cantidad de Activos	119
Tabla 48: Metas Propuestas Utilización de Activos	121
Tabla 49 Metas propuestas Equipos no Disponibles.....	122
Tabla 50: Metas propuestas Personal por Turno.....	124
Tabla 51: Metas propuestas Ausentismo.....	125
Tabla 52: Metas Propuestas Exceso de Trabajo Semanal.....	126
Tabla 53: Metas propuestas Censo Diario	128



Tabla 54: Metas propuestas Pacientes Mañana/Tarde Noche.....	130
Tabla 55: Metas propuestas pacientes de Alta	133
Tabla 56: Metas propuestas Abandono antes de Triage.....	135
Tabla 57: Metas propuestas Abandono después de Triage	137
Tabla 58: Metas propuestas Abandono Total.....	138

Gráficos

Gráfico 1: Tiempo de Espera de Triage Infantil	53
Gráfico 2: Tiempo Promedio de Espera Ingreso a Box	55
Gráfico 3: Tiempo Promedio de Espera Atención Médica	57
Gráfico 4: Tiempo Promedio de Revisión de Resultados de Actividades de Apoyo (Imágenes).....	59
Gráfico 5: Tiempo Promedio de Espera de Resultados de Actividades de Apoyo (Exámenes de Laboratorio).....	61
Gráfico 6: Tiempo Promedio de Espera de Alta Administrativa	63
Gráfico 7: Tiempo Promedio de Espera de Alta Médica	65
Gráfico 8: Tiempo Promedio de Espera Total	67
<i>Gráfico 9: Tiempo Promedio de Reanimación</i>	<i>70</i>
Gráfico 10: Tiempo Promedio de Admisión.....	72
Gráfico 11: Tiempo Promedio Triage	73
Gráfico 12: Tiempo Promedio de Uso de Box de Atención	75
Gráfico 13: Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y de Enfermería	77
Gráfico 14: Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes).....	79
Gráfico 15: Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Exámenes de Laboratorio).....	81
Gráfico 16: Tiempo Promedio de Ciclo de Paciente.....	83
Gráfico 17: Tiempo Promedio de Atención Médica	85
Gráfico 18: Tiempo de Atención Efectivo	86



Gráfico 19: Tasa de Errores Informados en Procedimiento Médico y de Enfermería.....	89
Gráfico 20: Tasa de Errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico.....	90
Gráfico 21: Tasa de Cambio en Diagnósticos.....	92
Gráfico 22: Tasa de Reconsulta	94
Gráfico 23: Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	96
Gráfico 24: Tasa de Eventos Centinela.....	98
Gráfico 25: Tasa de Accidentes	99
Gráfico 26: Tasa de Hospitalización no Pertinente.....	101
Gráfico 27: Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de Atención de acuerdo con Clasificación de Triage.....	103
Gráfico 28: Tasa de Reclamos	108
Gráfico 29: Tasa de Especialización.....	110
Gráfico 30: Costo Promedio Anual.....	112
Gráfico 31: Comportamiento del Costo	113
Gráfico 32: Tasa de Cuentas Pendientes de Pacientes	114
Gráfico 33: Ejecución Presupuestaria	116
Gráfico 34: Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera	117
Gráfico 35: Utilización de Activos	120
Gráfico 36: Equipos no Disponibles	121
Gráfico 37: Dotación de Personal por Turno	123
Gráfico 38: Tasa de Ausentismo	124
Gráfico 39: Tasa de Trabajo en Exceso Semanal.....	126
Gráfico 40: Censo Diario Promedio.....	128
Gráfico 41: Tasa de Pacientes Mañana/Tarde/Noche	129
Gráfico 42: Tasa Pacientes Hospitalizados	131
Gráfico 43: Tasa de Pacientes de Alta	132
Gráfico 44: Tasa de Abandono Antes de Triage.....	134
Gráfico 45: Tasa de Abandono Después de Triage.....	136
Gráfico 46: Tasa de Abandono Total.....	137



Gráfico 47: Tasa de Pacientes Derivados	139
---	-----

Figuras

Figura 1: Ingreso Paciente Autovalente	158
Figura 2: Ingreso a Urgencia en Vehículo	159
Figura 3: Atención en Box	160
Figura 4: Reanimación	161
Figura 5: Preparación y Entrega de Insumos	162
Figura 6: Toma de Imágenes.....	163
Figura 7: Toma de Muestras	164
Figura 8: Administración de Medicamentos	165
Figura 9: Procedimientos	166
Figura 10: Observación	168
Figura 11: Alta Médica	169
Figura 12: Hospitalización	170
Figura 13: Traslado de Paciente a Otro Centro.....	171
Figura 14: Traslado a Pabellón	172
Figura 15: Recaudación.....	173



Capítulo I

1.1 Introducción

Las Unidades de Emergencia, son parte importante dentro de la gestión hospitalaria; ya que conceden prestaciones de salud a pacientes de mayor complejidad las 24 horas del día. Son unidades que se encuentran destinadas a la atención de pacientes que requieren la solución a un problema de salud con características agudas o crónicas descompensadas con potencial riesgo vital.

Durante los últimos años, y debido a los constantes cambios pandémicos en la población, las necesidades y percepción de la comunidad, es que se ha experimentado un crecimiento sostenido en las Unidades de Emergencia, lo que ha llevado al colapso a estas unidades y con ellos riesgos en la salud de los pacientes, insatisfacción respecto al servicio obtenido y pérdidas en el prestigio de las entidades involucradas.

Debido a la creciente demanda que se experimenta a nivel nacional, los Servicios de Salud se han visto obligados a ajustar los recursos físicos y humanos con el objetivo de satisfacer las necesidades de los usuarios, es por ello, por lo que debe existir una visión integrada, tanto de los procesos asistenciales, como de los procesos administrativos para el adecuado funcionamiento de las Unidades de Emergencia. En estos aspectos, es que los altos niveles de demanda y la deficiente gestión de los escasos recursos disponibles para atender a los pacientes que recurren a las Unidades de Emergencia no permiten prestar un servicio eficiente y eficaz a la comunidad, generando así un descontento por parte de los pacientes a la hora de evaluar la atención recibida por parte del Servicio.

Es por ello, que medir el desempeño de las Unidades de Emergencia resulta una tarea fundamental, no solamente en procedimientos clínicos, sino también a nivel de administración y disponibilidad de recursos, pudiendo así dar a conocer aquellas falencias que presentan las Unidades de Emergencia y proponer mejoras, que permitan entregar una mejor atención hacia los pacientes.



A lo anterior, es que el objetivo de este trabajo se centra en medir indicadores en distintas áreas del Servicio de Urgencias, comprendidas por Tiempo, Calidad, Capacidad, Económicos y Resultados, pudiendo así medir las distintas actividades realizadas en el servicio y con ello presentar, en caso de que sea necesario, mejoras a la gestión. Pudiendo con ello mejorar la percepción y la atención del paciente dentro del Servicio de Urgencias.

El presente informe se estructura de la siguiente manera: En el primer capítulo, se presenta la descripción del problema y la justificación de trabajar en él, los objetivos perseguidos y la metodología empleada para llevar a cabo el trabajo junto a sus alcances. En el segundo capítulo se presenta la descripción conceptual y revisión de literatura que sostiene la metodología implementada en el trabajo realizado. En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos de la medición de Indicadores de Desempeño y en el cuarto capítulo se presentan las propuestas de mejoras obtenidas para las dimensiones correspondientes a cada indicador, para finalmente obtener las conclusiones del estudio.

1.2 Descripción del Problema

Las Unidades de Emergencia tienen por objetivo responder a la demanda urgente de pacientes críticos, mediante una atención eficaz, eficiente, equitativa y de calidad. Sin embargo, debido a la complejidad del sector, la opinión de usuarios tanto internos como externos, es que este objetivo no logra un cumplimiento de manera eficiente.

En la actualidad, las expectativas de los pacientes y familias no es sólo que las patologías tengan un diagnóstico y terapias adecuadas, sino que también atención oportuna y de calidad, lo cual resulta fundamental para llevar a cabo las atenciones hospitalarias y principalmente las atenciones entregadas en las Unidades de Emergencia. No obstante, el cumplimiento de estos elementos en la práctica difiere de las expectativas, debido principalmente a las frecuentes situaciones de espera y a la tensión emocional de los pacientes más vulnerables.



El principal problema se fundamenta en una percepción de mala calidad de atención por parte del servicio entregado a los pacientes, basado principalmente en una variable tiempo – dependencia, debido a las largas esperas de atención que impactan directamente el desempeño en conjunto de las Unidades de Emergencia. Lo anterior, se debe básicamente a que debido a la alta demanda que posee este tipo de Servicio de Salud, no existe una atención exclusiva hacia el paciente, habitualmente una enfermera debe prestar atención entre 3 a 5 pacientes, mientras que un médico debe distribuir su tiempo entre 6 a 10 unidades del servicio (Tobar, Retamal, y Garrido , 2014).

En este sentido, es que es importante llevar a cabo una gestión de recursos eficiente, considerando tanto el recurso humano, como los recursos físicos y económicos. Si bien, en este tipo de instituciones habitualmente se diseñan y aplican este tipo de modelos, estos se implementan desconociendo las falencias que existen en las Unidades de Emergencia previo su diseño e implementación.

Es por lo que resulta fundamental diseñar, implementar y monitorear indicadores de desempeño, que permitan conocer la situación actual de la gestión, los procesos y resultados de las Unidades de Emergencia pudiendo así enfocar los esfuerzos sólo a aquellos sectores que requieran mejorar su desempeño mediante el diseño e implementación de un modelo de gestión eficiente.

1.3 Justificación del Tema

En Chile, el sistema de salud se encuentra distribuido en dos sectores, el sector público y el sector privado. En este contexto, el Sector Público es el encargado de prestar servicios de salud a la mayor parte de la población en Chile administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), no así ocurre con el Sector privado, ya que sólo aquel porcentaje de individuos con mayor poder adquisitivo accede a la atención en este sector perteneciente a las ISAPRES.



No obstante, en ambos sectores existen carencias respecto a la atención del paciente, refiriéndose principalmente al desarrollo de las actividades dentro del servicio y a la disponibilidad de recursos para llevar a cabo las acciones necesarias para la atención del paciente. Desafortunadamente, las Unidades de Emergencia desconocen cuáles son específicamente aquellas actividades que dificultan el poder entregar una atención de calidad y con ello el cumplimiento de sus objetivos, lo cual no permite implementar mejoras inmediatas para aquellos sectores que carecen de atención.

Lo anterior, contribuye a que las Unidades de Emergencia sean evaluadas como un servicio de mala calidad, con largos tiempos de espera por atención, escasa disponibilidad de médicos y de alto costo, por lo que los pacientes evitan asistir a este tipo de servicios. Sin embargo, las Unidades de Emergencia son parte fundamental de los servicios de salud disponibles para la atención de la comunidad, por lo que deben entregar una atención médica de calidad a los pacientes que acuden por síntomas de gravedad (Orfila et. al. 2014).

Un servicio de atención médica de calidad no puede diferir de cierto nivel de eficiencia, es decir, que debe contar con recursos disponibles tal que cumpla con las necesidades del paciente. No obstante, realizar una medición de calidad y eficiencia en un sector de alta complejidad resulta una tarea difícil; sin embargo, es conveniente llevar a cabo la implementación de indicadores de desempeño que permitan conocer cómo son ejecutados los procesos en las Unidades de Urgencias (Miró et.al. 2001).

Los Indicadores de Desempeño en la Unidades de Emergencias, son una herramienta de control necesaria para medir las principales variables asociadas al cumplimiento de objetivos, mediante expresiones cuantitativas y/o cualitativas, respondiendo interrogantes sobre cómo ha sido llevado a cabo el proceso a medir, permitiendo evaluar el cumplimiento de las metas establecidas y en caso contrario, el diseño de planes de mejora y toma de nuevas decisiones que contribuyan con el objetivo del servicio (SEMES, 2001).

Abstenerse de aplicar un modelo de medición del desempeño en las Unidades de Emergencia evita conocer las deficiencias del sistema, ignorando las causas por las que



no existe un nivel adecuado del cumplimiento de objetivos establecidos en las Unidades de Emergencias.

A lo anterior, es que este estudio pretende contribuir a las Unidades de Emergencia, mediante un modelo de Indicadores de Desempeño que pueda ser utilizado transversalmente, es decir, tanto en Unidades de Emergencia del Sistema de Salud Público, como del Sistema de Salud Privado, entregando un sistema que permita medir cómo son llevadas a cabo las actividades en las Unidades de emergencia y si estas cumplen con las metas establecidas para cada dimensión.

1.4 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

El objetivo general de esta tesis consiste en proponer estrategias de mejora mediante la medición de indicadores de desempeño que permitan obtener información respecto a la gestión de los distintos procesos de la Unidad de Urgencias del Hospital Fundación de Salud El Teniente.

Objetivos Específicos

Realizar un levantamiento de la información correspondiente a los procesos clínicos llevados a cabo en el Servicio de Urgencias.

- Efectuar levantamiento de los procesos clínicos llevados a cabo en el Servicio de Urgencias, mediante la elaboración de flujos de procesos.
- Realizar cruce de los datos mantenidos correspondientes al Servicio de Urgencias y el modelo de indicadores propuestos.
- Aplicar el modelo de indicadores propuestos.
- Identificar riesgos y estrategias de mejora en el Servicio de Urgencias.



1.5 Metodología

La metodología de trabajo llevada a cabo este estudio, se basa en el proyecto “Medición del Desempeño en Unidades de Emergencia en Instituciones de Salud”, realizado durante el año 2016¹.

Previo a definir la metodología es importante identificar las categorías bajo las cuales será medida cada indicador, en este sentido es que se detalla lo siguiente:

- (i) **Indicadores de Tiempo:** Se subdivide en Tiempos de Espera y Tiempos de Proceso, asociados a la atención según la gravedad de cada paciente definidos en el proceso de Triage, los pacientes son categorizados en C1, C2, C3, C4 y C5; siendo los pacientes C1 aquellos de mayor gravedad y los pacientes C5 aquellos de menor gravedad.

Los Tiempos de Espera comprenden todos aquellos tiempos por los que el paciente ha tenido que esperar para llevar a cabo la atención; mientras que los Tiempos de Procesos, comprenden los tiempos que demora la realización de cada procedimiento necesario para llevar a cabo la atención del paciente.

- (ii) **Indicadores de Calidad:** Se subdivide en Errores y Satisfacción. Errores, comprende todas aquellas prácticas y/o procedimientos erróneos que se han llevado a cabo en la atención del paciente; mientras que Satisfacción, se encarga de medir el cumplimiento de los estándares definidos por el Servicio de Urgencias y/o las exigencias ministeriales correspondientes.

- (iii) **Económicos,** contemplando el gasto real del Servicio de Urgencias para la atención a sus pacientes mediante la metodología de costeo ABC, el cumplimiento con el presupuesto establecido y las cuentas regularizadas por parte de los pacientes hacia el Servicio de Urgencias.

¹ Proyecto Interno Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Investigadores: Alicia Núñez y Liliana Neriz.



- (iv) Capacidad, comprendiendo la Oferta y Demanda dentro del Servicio de Urgencias. Oferta, comprende todos los activos disponibles para llevar a cabo la atención del paciente; mientras que la Demanda, corresponde a la cantidad de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
- (v) Resultados; asociados al término de la atención del paciente en el Servicio de Urgencias y el destino de los mismos.

Junto a ello es que se debe aplicar el modelo de manera explicativa a las jefaturas del Servicio de Urgencias, con el objetivo de visualizar la información existente y a la que se podrá tener alcance para llevar a cabo el proyecto, ya sea, mediante observación, opinión experta, datos recogidos desde los sistemas del Servicio de Urgencias, etc., tal que se permitan presentar resultado a los indicadores. Posteriormente, una vez obtenidos los resultados de la medición, se realiza un análisis de la información obtenida y se comparan con los estándares definidos previamente.

Teniendo en consideración la información precedente a continuación, se exponen los pasos que conforman la aplicación para el Modelo de Medición del Desempeño.

Etapa I: Definir los elementos para la Aplicación del Modelo de Medición del Desempeño.

En esta etapa se deben efectuar 3 pasos: (1) Formar un equipo de expertos, (2) Establecer aquellos elementos pertenecientes a la realidad de la Unidad de Emergencias en Estudio (3) Determinar las fuentes de información.

Paso 1: Formar un equipo de Expertos

Es esencial para llevar a cabo la Medición de Indicadores de Desempeño, es designar un equipo que cuente con las competencias necesarias que permitan asegurar la información



existente en la Unidad de Emergencias y de tal manera que la información entregada refleje con exactitud la realidad del Servicio.

Paso 2: Establecer aquellos elementos pertenecientes a la realidad de la Unidad de Emergencias en Estudio.

Para una correcta Medición de los Indicadores de Desempeño, se requiere establecer los elementos básicos para su aplicación pertenecientes a la unidad bajo análisis. En este paso es fundamental que el equipo de expertos analice cada una de las variables que comprenden los distintos Indicadores de Desempeño y determinar cuáles de estas pertenecen a la Unidad de Emergencias.

Tabla 1: Levantamiento de las Variables para cada Indicador

Indicador	Actividades que Componen las Variables de Medición	¿Existen actividades correspondientes a las variables de Medición?
Indicador 1	Variable 1	
	Variable 2	
	Variable 3	
Indicador 2	Variable 4	
	Variable 5	
	Variable 6	
Indicador 3	Variable 7	
	Variable 8	
	Variable 9	
Indicador n ²	Variable m ₁	
	Variable m ₂	
	Variable m ₃	

Fuente: Elaboración Propia

² Donde n es la cantidad de indicadores en cuestión y m la cantidad de variables en cuestión.



En este paso, los expertos deben completar la información requerida en la Tabla 1, con el objetivo de conocer si las actividades y/o información requerida para concretar la medición de los Indicadores de Desempeño se realizan efectivamente en la Unidad de Emergencias en estudio.

Paso 3: Determinar las fuentes de información

Para poder llevar a cabo la Medición de los Indicadores de Desempeño que componen el modelo, es importante los expertos completen la información de la Tabla 2, para determinar las fuentes de información de las cuales se deben extraer cada una de las variables a considerar en cada uno de los indicadores. En este paso es fundamental que el experto sea explícito en las fuentes de información que serán utilizadas para efectuar la aplicación del Modelo de Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias.



Tabla 2: Fuentes de Información

Indicador	VARIABLES DE MEDICIÓN	¿Existen Fuentes de Información para las Variables de Medición?	Si existe, indique la Fuente de Información Existente
Indicador 1	Variable 1		
	Variable 2		
	Variable 3		
Indicador 2	Variable 4		
	Variable 5		
	Variable 6		
Indicador 3	Variable 7		
	Variable 8		
	Variable 9		
Indicador a ³	Variable b_1		
	Variable b_2		
	Variable b_3		

Fuente: Elaboración Propia.

Cabe destacar, que de no existir una fuente de información por parte de la Unidad de Emergencia, pueden emplearse métodos de medición alternativos, como simulación del procedimiento a medir y la recolección de datos de forma manual para una muestra determinada, mediante el método de observación.

Paso 4: Determinar estándares establecidos

Una vez conocidas las fuentes de información, es necesario que el equipo de expertos informe si existen estándares establecidos por la Unidad de Emergencias en Estudio respecto de los Indicadores de Desempeño a medir, permitiendo así contar con la información necesaria para efectuar un análisis de los resultados obtenidos posterior a la

³ Donde a es la cantidad de indicadores en cuestión y b es la cantidad de variables en cuestión.



Medición de los Indicadores. A lo anterior, es que se solicita al equipo de expertos completar la información de la Tabla 3.

Tabla 3: Estándares Establecidos

Indicador	¿Existen Metas Definidas para el Indicador?	Si existe, indique la Meta Establecida
Indicador 1		
Indicador 2		
Indicador 3		
Indicador z ⁴		

Fuente: Elaboración Propia.

Cabe destacar que, de no existir una meta establecida para cada indicador, es recomendable establecer metas promedio, obtenidas de la medición realizada y sobre ellas evaluar el comportamiento de los resultados para el periodo de estudio.

Etapa II: Medición de los Indicadores de Desempeño

El Modelo de Medición del Desempeño cuenta con de 75 Indicadores de Desempeño, los cuales se distribuyen en Indicadores de Tiempo; Indicadores de Calidad; Indicadores

⁴ Donde z es la cantidad de indicadores en cuestión



Económicos; Indicadores de Capacidad e Indicadores de Resultados. Para efectuar la medición de los Indicadores de Desempeño, es importante distinguir la métrica utilizada para cada tipo de Indicador⁵:

- Indicadores de Tiempo

Tiempos de Espera

- i. *Tiempo de Espera Admisión.*
 - *(Hora inicio admisión - Hora llegada paciente)/N° de pacientes*
Tiempo de Espera Triage.
- ii. *Tiempo de Espera Box.*
 - *(Hora ingreso paciente al box - Hora de triage) / N° de pacientes*
ingresados al box de atención
- iii. *Tiempo de Espera para la llegada del Interconsultor*
 - *(Hora llegada interconsultor - Hora llamada interconsultor)/N°*
de pacientes con atención de interconsultor
- iv. *Tiempo de Espera por Procedimiento Médico y de Enfermería.*
 - *(Hora inicio procedimiento – Hora orden de procedimiento)/N°*
de pacientes con procedimiento
- v. *Tiempo de Espera por Actividades de Apoyo al Diagnóstico.*
 - *(Hora inicio actividad de apoyo – Hora orden actividad de*
apoyo)/N° actividades de apoyo solicitadas
- vi. *Tiempo Promedio de Espera por Resultados de Actividades de Apoyo.*
 - *(Hora entrega resultados – Hora término actividad de apoyo)/N°*
de actividades de apoyo solicitadas
- vii. *Tiempo Promedio de Espera por Alta Médica.*
 - *(Hora de alta médica - Hora de alta administrativa) / N°*
pacientes de atendidos

⁵ Ver Anexo B



- viii. *Tiempo Promedio de Espera por Traslados Internos y Externos.*
- *(Hora real de egreso - Hora de decisión de egreso) / N° pacientes egresados*
- ix. *Tiempo Promedio de Espera por Hospitalización en Camas de Dotación.*
- *(Hora hospitalización - Hora orden de egreso)/N° de pacientes hospitalizados*
- x. *Tiempo Promedio de Espera.*
- *(Tiempo promedio ciclo paciente – tiempo promedio de atención del paciente) / N° pacientes egresados*

Tiempos de Procesos

- xi. *Tiempo Promedio de Reanimación.*
- *Hora de egreso box de reanimación - Hora de ingreso box de reanimación / Pacientes en box de reanimación*
- xii. *Tiempo Promedio de Admisión/Recaudación.*
- *(Hora término admisión (recaudación) - Hora inicio admisión (recaudación))/N° de pacientes*
- xiii. *Tiempo Promedio Triage.*
- *(Hora término triage – Hora inicio triage)/N° de pacientes*
- xiv. *Tiempo Promedio Box.*
- *(Hora salida box – Hora entrada box)/N° de pacientes ingresados al box de atención.*
- xv. *Tiempo Promedio de Atención de Interconsultor.*
- *(Hora término atención interconsultor – Hora inicio atención interconsultor)/N° de pacientes con atención de interconsultor.*
- xvi. *Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y de Enfermería.*
- *(Hora término procedimiento – Hora Solicitud procedimiento)/N° de pacientes con procedimiento*



- xvii. *Tiempo Promedio de Apoyo al Diagnóstico.*
 - *(Hora término actividad de apoyo – Hora inicio actividad de apoyo)/N° de actividades de apoyo solicitadas*
- xviii. *Tiempo Promedio de Ciclo del Paciente.*
 - *(Hora real de egreso - Hora de admisión) / N° pacientes egresados.*
- xix. *Tiempo Promedio de Atención Médica.*
 - *(Hora decisión de egreso - Hora de evaluación médica) / N° pacientes egresados.*

- **Indicadores de Calidad**

Errores

- xxi. *Tasa de llamadas a Interconsultor sin Respuesta.*
 - *N° llamados sin respuesta / N° llamados realizados*
- xxii. *Tasa de Errores Informados en Procedimiento Médico y de Enfermería.*
 - *N° de reportes de eventos adversos / N° de tratamientos*
- xxiii. *Tasa de Errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico.*
 - *N° actividades de apoyo erróneas / N° actividades de apoyo solicitadas*
- xxiv. *Tasa de Cambio en Diagnósticos.*
 - *N° cambios en diagnósticos dentro de 72 horas/ N° diagnósticos*
- xxv. *Tasa de Reconsulta de Pacientes.*
 - *N° pacientes que reconsultan por misma o similar patología dentro de 72 horas / N° pacientes atendidos*
- xxvi. *Tasa de Pacientes Fallecidos por Hospitalización.*
 - *N° pac. fallecidos en espera por hospitalización/ N° pac. con orden de hospitalización*
- xxvii. *Tasa de Infecciones Intrahospitalarias.*



- *Número de infecciones contraídas en el hospital/Nº total de pacientes*
- xxviii. *Tasa de Eventos Centinelas.*
 - *Nº de pacientes con eventos centinela*
- xxix. *Tasa de Complicaciones Médicas.*
 - *Nº pacientes con complicaciones/ Nº total de atenciones*
- xxx. *Tasa de Accidentes.*
 - *Nº accidentes/ Nº total de atenciones*
- xxxi. *Tasa de Error en Medicación.*
 - *Nº de memos enviados por errores en la medicación de un paciente/Nº total de pacientes*
- xxxii. *Tasa de Hospitalización no Pertinente.*
 - *Nº de pacientes C4 y C5 que son hospitalizados / Nº de pacientes C4 y C5*
- xxxiii. *Tasa de Pertinencia de Derivación de Accidentes Escolares*
 - *Nº pacientes con accidentes escolares (C1, C2 y C3) / Nº de pacientes con accidentes escolares.*

Cumplimiento de Estándares

- xxxiv. *Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de Atención de Acuerdo a Clasificación de Triage.*
 - *Nº de pacientes que cumplen con estándar/Nº de pacientes*
- xxxv. *Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de Clasificación de Triage (10 min.)*
 - *Nº de pacientes que cumplen con estándar/Nº de pacientes*
- xxxvi. *Existencia de Protocolos de la Unidad.*
 - *Nº de protocolos existentes según guías clínicas*



xxxvii. *Obtención de Certificados de Calidad o Certificación de Calidad en Vigencia.*

- *N° de veces que ha obtenido certificación de calidad*

Satisfacción

xxxviii. *Tasa Promedio de Satisfacción del Paciente.*

- *Promedio de respuestas encuesta de satisfacción/N° total pacientes encuestados*

xxxix. *Litigios.*

- *N° de litigios*

xl. *Tasa de Reclamos.*

- *N° de reclamos por categorización triage/N° de pacientes por categorización Triage*

xli. *Tasa Promedio de Satisfacción del Personal.*

- *Promedio de respuestas encuesta de satisfacción/ N° total personal encuestado*

xlii. *Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud.*

- *N° de personas que renuncian o son transferidas por solicitud/ N° total de personal*

xliii. *Tasa de Especialización.*

- *N° de personas capacitadas/N° total de persona*

- **Indicadores Económicos**

Costo

xliv. *Costo por Actividades de Reanimación.*

- *Suma del costo de las actividades de reanimación*

xlv. *Costo por Actividades de Admisión.*

- *Suma del costo de las actividades de admisión*



- xlvi. *Costo por Actividades de Triage.*
 - *Suma del costo de las actividades de triage*
- xlvii. *Costo por Actividades de la Primera Atención Médica.*
 - *Suma del costo de las actividades de Primera Atención Médica*
- xlviii. *Costo por Actividades de Llamado y Visita de Interconsultor.*
 - *Suma del costo de las actividades de Llamado y Visita de Interconsultor*
- xliv. *Costo por Actividades de Procedimiento Médico y de Enfermería.*
 - *Suma del costo de las actividades de Procedimiento Médico y de Enfermería.*
- l. *Costo por Actividades de Apoyo al Diagnóstico.*
 - *Suma del costo de las actividades de Apoyo al Diagnóstico.*
- li. *Costo por Actividades de Revisión Diagnóstico.*
 - *Suma del costo de las actividades de Revisión Diagnóstico.*
- lii. *Costo por actividades de Egreso Paciente.*
 - *Suma del costo de las actividades de Egreso Paciente.*
- liii. *Costo por Actividades de Apoyo Logístico.*
 - *Suma del costo de las actividades de Apoyo Logístico.*
- liv. *Costo por Actividades de Mantenciones y Limpiezas.*
 - *Suma del costo de las actividades de Mantenciones y Limpiezas.*
- lv. *Costo Promedio por Paciente por Categoría.*
 - *Suma del costo de las actividades de Paciente por Categoría..*

Financieros

- lvi. *Tasa de cuentas Pendientes por Pacientes.*
 - *N° de cuentas pendientes de cobro de pacientes/N° de cuentas facturadas de pacientes.*
- lvii. *Ejecución Presupuestaria.*
 - *Presupuesto ejecutado / Presupuesto*



lviii. *Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera.*

- *N° de pacientes que regularizan su situación en recaudación / N° de pacientes que reciben Ira evaluación médica*

- **Indicadores de Capacidad**

Oferta

lix. *Cantidad de Activos.*

- *N° (camas, equipos, box) detalle de acuerdo a disponibilidad en unidad de urgencia*

lx. *Utilización Apoyo al Diagnóstico.*

- *Uso activo / Capacidad activo*

lxi. *Utilización Activos.*

- *Uso activo/ Capacidad activo*

lxii. *Equipos no Disponibles.*

- *N° equipos no disponibles / N° equipos*

lxiii. *Dotación de Personal por Turno.*

- *N° de funcionarios de la unidad de urgencia por turno*

lxiv. *Tasa de Ausentismo.*

- *Horas de licencia médica / (Jornada laboral x N° funcionarios Unidad de Urgencia)*

lxv. *Tasa de Trabajo en Exceso Semanal.*

- *N° de trabajadores que trabajaron más de 48 hrs. semanales/ (N° de semanas x N° de trabajadores jornada completa)*

Demanda

lxvi. *Censo Diario Promedio.*

- *N° de pacientes por día en la unidad de urgencia*

lxvii. *Tasa de Pacientes Mañana.*



- *N° de pacientes que ingresan en turno de 08:00 a 14:00 / Total de pacientes en 24hrs*

lxviii. Tasa de Pacientes Tarde.

- *N° de pacientes que ingresan en turno de 14:01 a 20:00 / Total de pacientes en 24hrs*

lxix. Tasa de Pacientes Nocturnos.

- *N° de pacientes que ingresan en turno de 20:01 a 08:00 / Total de pacientes en 24hrs*

- **Indicadores de Resultado**

Hospitalizaciones

lxx. Tasa Pacientes Hospitalizados.

- *N° de pacientes hospitalizados / N° total pacientes*

Alta

lxxi. Tasa Pacientes de Alta.

Abandono

lxxii. Tasa Abandono Total.

- *(N° pac. admitidos - N° pac. alta/derivados/hospitalizados) / N° total pac. Admitidos.*

lxxiii. Tasa Abandono Después de Triage.

- *(N° pac. triage - N° pac. egresados) / N° total pac. Triage*

Derivados

lxxiv. Tasa de Pacientes Derivados.

- *N° de pacientes derivados / N° total pacientes*



Mortalidad

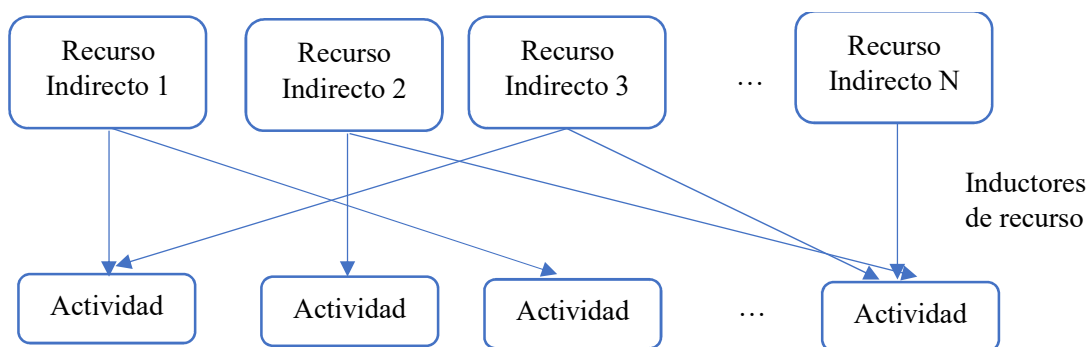
lxxv. Mortalidad a Corto Plazo, Después de la Visita a la Unidad de Emergencias.

- *Mortalidad a corto plazo (7 días) después de una visita a emergencia*

Etapa II.I: Metodología ABC

Para poder llevar a cabo el procedimiento de medición de los indicadores de costo, es necesario implementar la metodología correspondiente a sistema “Activity Based Costing” de Kaplan y Cooper (1999), que tiene por objetivo medir el costo de las distintas actividades involucradas en un proceso determinado. Cabe destacar, que en este estudio sólo se obtiene el costeo de las actividades y no del producto final como se explica en la figura 1.

Figura 1: Metodología Costeo Basado en Actividades.



Fuente: Elaboración Propia.

Una vez obtenida la información de la Etapa I, es necesario complementar el proceso de costeo por medio de distintos pasos:



Paso 1: Desarrollar diccionario de actividades.

Con el apoyo del equipo de expertos definido en la etapa I debe diseñarse un diccionario de actividades, que contenga la definición de cada Procedimiento desarrollado en la Unidad de Emergencia junto a la definición de las actividades necesarias para llevar a cabo el procedimiento.

Paso 2: Establecer una relación entre recursos y actividades propias de la Unidad de Emergencias.

La tabla 4 debe ser completada con el apoyo del equipo de expertos definido en la Etapa I, informando los recursos utilizados en cada una de las actividades involucradas, permitiendo así realizar un cruce de Actividades/Recursos, marcando una “x” en cada recurso consumido.

Tabla 4: Asociación Actividades y Recursos

Recurso/ Actividad	Recurso 1	Recurso 2	Recurso 3	Recurso k ⁶
Actividad 1				
Actividad 2				
Actividad 3				
Actividad i				

Fuente: Elaboración Propia

Paso 2: Definir los inductores.

Dentro de los elementos primordiales para la realización de ABC, se encuentran los criterios con los que se asignan los costos; estableciendo las fuentes de información de los inductores de recursos. A lo anterior, es que en la Tabla 5 se deben identificar los potenciales inductores y su respectiva definición, permitiendo así ser identificados claramente a la hora de aplicar la metodología.

⁶ Donde k e i son es la cantidad de Actividades y Recursos en cuestión.



Tabla 5: Definición de Inductores de Recursos.

Nombre del Inductor	Definición
Inductor 1	
Inductor 2	
Inductor 3	
Inductor g ⁷	

Fuente: Elaboración Propia.

Paso 3: Establecer una relación a través de los Inductores entre actividades y Recursos.

Es importante definir cómo se realiza el cálculo del costo de los recursos involucrados en cada una de las actividades realizadas en la Unidad de Emergencias, es por ello que se debe asociar un inductor a cada recurso utilizado para llevar a cabo las actividades de la Unidad de Emergencias Involucrada.

Tabla 6: Propuesta de Inductores para cada Recurso

Tipo de Recurso	Nombre del Recurso	Inductor Propuesto
R	Recurso 1	
	Recurso 2	
	Recurso 3	
	Recurso 4	
	Recurso d ⁸	

Fuente: Elaboración Propia

⁷ Donde g es la cantidad de inductores en cuestión.

⁸ Donde d corresponde a la cantidad de recursos en cuestión



Paso 4: Definir un método de cálculo para cada uno de los inductores establecidos

Una vez establecida una relación entre los inductores y los recursos, es importante definir el método de cálculo a utilizar para cada uno de los inductores. En este sentido, es que la Tabla 7 permite definir el cálculo de los inductores asociados.

Tabla 7: Método de Cálculo de Inductores

Tipo de Recurso	Nombre del Recurso	Inductor Propuesto	Método de Cálculo
R	Recurso 1		
	Recurso 2		
	Recurso 3		
	Recurso 4		
	Recurso d ⁹		

Fuente: Elaboración Propia

Paso 5: Definir las variables de cálculo correspondiente a la cantidad de actividades identificadas en la Unidad de Emergencias.

Es importante establecer un método de cálculo correspondiente a la cantidad de actividades realizadas en cada periodo de análisis para la Unidad de Emergencias. A lo anterior, es que en la Tabla 8 se debe identificar cada una de las actividades realizadas, junto a la definición de la variable de cálculo de producción a utilizar.

⁹ Donde d corresponde a la cantidad de recursos en cuestión



Tabla 8: Variables para el cálculo de producción

Actividad	Variable de Cálculo
Actividad 1	Variable 1
Actividad 2	Variable 2
Actividad 3	Variable 3
Actividad 4	Variable 4
Actividad p	Variable q ¹⁰

Fuente: Elaboración Propia

Etapa III: Análisis de Resultados

Posterior a realizar la medición de los Indicadores de Desempeño, resulta importante efectuar un análisis de los resultados obtenidos, permitiendo así tener una visión del funcionamiento de la Unidad de Emergencias, comprendiendo el cuidado entregado al paciente, las actividades realizadas, la gestión de recursos y el cumplimiento de las exigencias del servicio.

Esta etapa comprende la Evaluación del Desempeño de la Unidad de Emergencia en estudio, la cual se efectúa en 2 pasos: (1) Comparación entre los Resultados Obtenidos y los Estándares establecidos por la Unidad de Emergencia; y (2) Análisis de los Resultados. Es importante destacar que en el caso que la Unidad de Emergencia no posea una definición de Estándares y/o Metas respecto de sus procesos, deberán considerarse Estándares establecidos en estudios anteriores o de existir, estándares definidos por Instituciones de Salud.

¹⁰ Donde p y q corresponde a la cantidad de actividades y variables en cuestión.



Paso 1: Comparación de Resultados

En este paso es importante que los resultados posean una base de comparación, para poder Evaluar el Desempeño de la Unidad de Emergencia en Estudio de manera íntegra, tal que permita obtener una visión respecto de la ejecución de las actividades que se realizan en el Servicio.

Para efectuar esta comparación, es importante completar la información de la Tabla 4. La cual permite tener una visión más clara de los Resultados de la Medición en comparación a sus Estándares y/o Metas establecidas.

Tabla 9: Comparación Resultados/Estándares.

Indicador	Resultados	Estándares/Metas
Indicador 1		
Indicador 2		
Indicador 3		
Indicador x ¹¹		

Fuente: Elaboración propia.

¹¹ Donde x es la cantidad de Indicadores en cuestión



Paso 2: Análisis de Resultados.

Resulta necesario efectuar un análisis de los resultados obtenidos e identificar aquellos indicadores que se encuentran fuera de los Estándares Establecidos, permitiendo identificar el nivel de cumplimiento de los objetivos de la Unidad de Emergencias y al mismo tiempo identificar aquellas actividades que presentan un comportamiento deficiente.

Etapa IV: Propuestas de Mejora

Posterior al análisis e identificación de falencias en el Desempeño de la Unidad de Emergencias resulta esencial idear Estrategias que permitan alinear el Desempeño de la Unidad, permitiendo mejorar los resultados obtenidos de aquellos Indicadores que mostraron una respuesta deficiente; y con ello contribuir a mejorar los objetivos de la Unidad de Emergencias y con ello la calidad del Servicio de Atención entregado al Paciente.

A lo anterior, es que resulta necesario identificar las oportunidades de mejora la cual se debe efectuar mediante los siguientes pasos (1) Definir un equipo de trabajo para identificar las oportunidades de mejora, (2) Definir estrategias de mejora, (3) Establecer un cronograma de implementación, (4) Efectuar Seguimiento de la Implementación de las estrategias de mejora.

Paso 1: Definir un Equipo de trabajo para identificar las oportunidades de mejora

Para efectuar la labor de identificación de oportunidades de mejora, es necesaria la participación de un equipo de expertos, el cual, se recomienda sea conformado por la mayor cantidad de expertos que participaron en la etapa 1 del modelo, debido a la familiarización de la terminología y el modelo de estudios.



Paso 2: Definir Estrategias de Mejora.

Una vez identificados aquellos Indicadores con resultados deficientes, es importante identificar las actividades involucradas y evaluar su funcionamiento, permitiendo así buscar las opciones de eliminar aquellas acciones que no contribuyen al proceso y con ello diseñar un proyecto de mejora que permita mejorar los Resultados de los Indicadores de Desempeño evaluados previamente.

Tabla 10: Propuesta de Estrategias de Mejora

Procesos Involucrados	Actividades	Estrategias de Mejora	Objetivo
Proceso 1	Actividad 1		
	Actividad 2		
	Actividad 3		
Proceso 2	Actividad 4		
	Actividad 5		
	Actividad 6		
Proceso 3	Actividad 7		
	Actividad 8		
	Actividad 9		
Proceso m	Actividad z		

Fuente: Elaboración Propia.

3.2.3 Aplicación del Modelo

Según la metodología descrita en la sección 3.2.1 del presente capítulo, para efectuar la aplicación de este Modelo de Medición del Desempeño de manera correcta y eficiente, es esencial el cumplimiento de las etapas y pasos señalados. A lo anterior, es que, para llevar



a cabo dicho análisis, es que en la Unidad de Emergencias del Hospital FUSAT fueron efectuadas las siguientes actividades.

El estudio inicia con el levantamiento de información en el Servicio de Urgencias del Hospital de Salud Fundación El Teniente (FUSAT), para lo cual se utilizaron tres fuentes de información descritas a continuación:

- Visitas en terreno al Servicio de Urgencias para levantar la información correspondiente a los procesos realizados y los recursos utilizados para llevar a cabo la atención del paciente.
- Bases de Datos mantenidas por el Departamento de Informática correspondientes a la Unidad de Emergencias.
 - La Primera Base de Datos compuesta por 72.571 datos correspondientes a los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencias entre el 01 de Enero de 2016 y el 31 de Diciembre de 2016. De esta Base de Datos se extrajo el Dato de Atención Único del Paciente (DAU), el Box en el que se efectuó la Atención Médica, Fecha y Hora de Admisión del Paciente, Fecha y Hora de Categorización del Paciente, Fecha y Hora de Ingreso a Box de Atención, Fecha y Hora de Inicio de Atención Médica, Fecha y Hora de Primera Indicación Médica, Fecha y Hora de Segunda Indicación Médica, Fecha y Hora de Ingreso de Diagnóstico, Fecha y Hora de Alta Administrativa, Fecha y Hora de Impresión de Comprobante de Pago, Diagnóstico de Egreso del Paciente, Destino del Paciente y Tipo de Paciente.
 - La Segunda Base de Datos contiene un total de 192.511 datos, correspondientes a Procedimientos Médicos y de Enfermería realizados a los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencias entre el 01 de Enero del 2016 y el 31 de Diciembre de 2016. De esta Base de Datos se extrajo el Dato de Atención de Urgencias (DAU), correspondiente los



pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Emergencias y requirieron un Procedimiento Médico y/o de Enfermería, Fecha y Hora de Solicitud de Procedimiento Médico y/o de Enfermería y; Fecha y Hora de Término de Procedimiento Médico y/o de Enfermería.

- Y finalmente una tercera Base de Datos con un total de 79.611 datos, correspondientes a Actividades de Apoyo al Diagnóstico, las cuales contemplan exámenes de laboratorio e imagenología realizados a los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencias entre el 01 de Enero de 2016 y el 31 de Diciembre de 2016. De esta Base de Datos se extrajo el Dato de Atención de Urgencias (DAU), Fecha y Hora de Solicitud de Examen, Fecha y Hora de Inicio de Examen¹², Fecha y Hora de Término de Examen, Fecha y Hora de Entrega de Resultados y; Fecha y Hora de Revisión de Resultados.

- Entrevistas con el personal clínico para complementar la información obtenida por las fuentes anteriormente mencionadas.

Una vez recolectada la información correspondiente al servicio de Urgencias, se procede a diagramar el flujo de los procesos clínicos que se llevan a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico FUSAT¹³, los procesos clínicos considerados son sólo aquellos que afectan directamente a la atención del paciente, siendo estos (i) Admisión; (ii) Triage; (iii) Atención en Box; (iv) Actividades de Apoyo al Diagnóstico; (v) Procedimientos Médicos y/o de Enfermería; (vi) Alta Médica; y (vii) Recaudación. Una vez realizado esto, se identifican todas las actividades necesarias para llevar a cabo los procesos clínicos y sus respectivas definiciones.

¹² Esta variable sólo considera los exámenes de imágenes.

¹³ Ver Anexo A.



Posteriormente, con los procesos y actividades definidas, se procede a definir los objetivos de cada uno de los mismos respecto a la atención entregada en el Servicio de Urgencias. Para concretar la aplicación de la metodología de este estudio, la Etapa I fue llevada a cabo mediante reuniones conformadas por la Enfermera Jefe de la Unidad de Emergencias, los Ingenieros de Proyectos a cargo de la Unidad de Emergencias, el Gerente de Administración y Finanzas, el Médico Auditor a cargo de los Informes de la Unidad de Emergencias, el Jefe del área de Atención al Cliente, la Jefa del área de Control de Gestión y Estudio a cargo de la Elaboración del Presupuesto de la Unidad de Emergencias, el Subgerente del área de Recursos Humanos y parte del Personal Clínico de la Unidad de Emergencias, compuesto por 4 Médicos, 4 Enfermeras, 4 Técnicos de Enfermería en Educación Superior y 1 Empleado de Servicio.

Posteriormente, fue necesario conocer el funcionamiento del Servicio de Urgencias, para lo cual se participó en reuniones nuevamente con la Enfermera Jefe de la Unidad, donde se definieron las actividades realizadas en el servicio mediante el Diseño de los Flujos de Procesos¹⁴ de las actividades que son llevadas a cabo en la Unidad de Emergencias.

De la información obtenida en la Etapa I del modelo, pudo efectuarse la medición de los Indicadores de desempeño, según lo indica la Etapa II, permitiendo así posteriormente evaluar los resultados según lo indicado en la etapa III, además de poder proponer estrategias de mejora según lo que se plantea en la etapa IV.

1.6 Alcances y Limitaciones

A continuación, se presentan los alcances y limitaciones presentadas en esta tesis:

- Si bien el presente estudio puede ser aplicado para Instituciones Públicas como Privadas, este se aplica en el Servicio de Urgencias del sector privado.

¹⁴ Ver Anexo A



- El estudio consiste en medir un conjunto de 75 indicadores, segregados en Indicadores de Tiempo, Indicadores de Calidad, Indicadores de Capacidad, Indicadores Económicos e Indicadores de Resultados.
- La aplicación del estudio sólo se realiza en la Unidad de Urgencias del Hospital Clínico Fundación el Teniente, ubicado en la VI Región.
- La aplicación de este estudio se realiza a los pacientes de Urgencia Adulto y Urgencia Pediátrica en sus distintas categorías de atención (C1, C2, C3, C4, C5).



Capítulo II

Marco Teórico

En el siguiente capítulo se presenta una descripción breve de la literatura analizada para llevar a cabo la aplicación del modelo de Evaluación del Desempeño.

Como se ha señalado anteriormente, el problema a solucionar consiste en conocer la gestión de recursos que se lleva a cabo en un Servicio de Urgencias y los resultados de la misma, con el propósito de proponer estrategias de mejora que permitan mejorar la gestión de recursos, sus procesos y con ello la percepción del servicio recibido por el paciente.

2.1 La Industria de Salud y las Unidades de Emergencias

En la industria de salud, debido al incremento de la competencia en el mercado, su consumo y una serie de políticas de control de costos, el mantenimiento de las operaciones y búsquedas de estrategias efectivas para mejorar la misión y los resultados financieros de las instituciones de salud se ha dificultado considerablemente, principalmente en las Unidades de Urgencias, debido a la alta complejidad de sus procesos operacionales y el trabajo con pacientes críticos.

Es así como la satisfacción de los pacientes es apreciada mediante los tiempos de espera por servicios con relación a su condición o expectativa, siendo así uno de los factores más importantes para retornar a un Servicio de Urgencias específico. Sin embargo, factores como mejorar la calidad del Servicio de Urgencias, la percepción de sus pacientes y familiares contribuye también a mejorar los resultados financieros de la institución (Lee, et. al. 2004)

Es por ello, que resulta importante la realización de Evaluaciones de Desempeño, las cuales consisten en mejorar el producto final y la satisfacción del paciente. Según Institute of Medicine (2001) en el Servicio médico de Urgencias, el producto final se constituye



por el cuidado entregado a los pacientes. Es por ello, que la Evaluación del Desempeño debe ser realizada por medio de Indicadores de Rendimiento que deben ser específicos, medibles, orientados a la acción, relevante y a tiempo.

2.2 Evaluación del Desempeño

Durante muchos años el desempeño de las organizaciones fue medido a través de indicadores financieros, basados únicamente en métricas asociadas al ámbito económico, es decir, aspectos contables y razones financieras pudiendo así generar un método de comparación homogéneo en la industria (Sharpe, 1992). Si bien este método facilita la forma de compararse en la industria, no refleja el proceso de gestión de recursos que es llevado a cabo dentro de las organizaciones y junto con ello, se presenta una toma de decisiones deficiente con una mirada a corto plazo y ajena a la estrategia de la organización (Bourne et. al. 2000)

A lo anterior, es que diversos autores han presentado una visión más integrada respecto a la Evaluación del Desempeño, dando énfasis tanto a los resultados financieros como a aquellos no financieros, relacionados directamente con los procesos que son ejecutados en las distintas etapas de la organización, considerando tanto el nivel estratégico, operacional y financiero.

(Gunasekaran, Patel, y Mc Gaughey, 2004), plantea que la Evaluación del desempeño entrega una retroalimentación valiosa para la gestión de una organización, ya que, para ser aplicada se requiere de información entregada por los niveles más bajos de la organización y no únicamente de los directivos. No obstante, para llevar a cabo una Evaluación del Desempeño deben definirse objetivos de medición acorde a la estrategia de la misma, para así formalizar un método de medición efectivo y eficiente ofreciendo la mínima oportunidad de manipulación (Schroeder et. al. 1986), permitiendo así un certero cumplimiento de la estrategia.



Si bien muchas organizaciones son capaces de destacar la importancia de objetivos financieros como no financieros, éstas fallan a la hora de presentar ambos factores de manera integrada, ya que, tienden a inclinar su visión en una de las dos perspectivas de medición (Kaplan y Norton, 1992). Es por ello por lo que, para equilibrar este enfoque, (Maskel, 1991) sugiere que las organizaciones deben comprender que, si bien las mediciones del desempeño financiero son importantes para las decisiones estratégicas y los informes externos, el control cotidiano de las operaciones de manufactura y distribución es frecuentemente mejor manejado con medidas no financieras. En la misma línea, es que las organizaciones mantienen una inclinación a la hora de definir la cantidad de indicadores que serán utilizados para llevar a cabo la Evaluación del Desempeño.

Frecuentemente, los directivos asocian que un gran número de indicadores propuestos tanto por empleados como por consultores traerá consigo un mayor cumplimiento de los objetivos de la Evaluación; sin embargo, las mejores Evaluaciones del Desempeño son aquellas que direccionan sus objetivos a las áreas más críticas de la organización. Lo anterior, apoya el planteamiento de que cada compañía debiese diseñar e implementar su propio Sistema de Evaluación del Desempeño, para lo cual es necesarios diseñar los Indicadores de Desempeño, Implementar estos Indicadores de Desempeño y Utilizar los indicadores.

A lo anterior, es que se considera, que la Evaluación del Desempeño no sólo es importante como una fuente de información para la toma de decisiones, sino que también afecta el comportamiento de las personas que se desempeñan dentro de una organización, ya que el foco de sus actividades se reduce a aquellas que son medidas, dejando atrás aquellas que no se miden (Eccles, 1991). A lo anterior, es que es de vital importancia que exista un Sistema de Evaluación del Desempeño bien definido y que este sea correctamente alineado, tal que lo que sea medido sea consistente con los objetivos de la organización (Kaplan y Norton, 1992), ya que de no existir tal alineación, una persona que funciona bajo ciertos sistemas de control, tiende a elegir entre una acción que lleva a la organización más cerca de su objetivo pero no está totalmente reflejada en la medición de desempeño,



y una acción que substancialmente mejora la medición de desempeño pero no acerca a la organización hacia sus objetivos (Rosanas, 2006).

2.3 Gestión del Desempeño

Como se señala anteriormente, las Evaluaciones enmarcadas en el Desempeño Económico no proporcionan un panorama suficientemente amplio respecto a las actividades que se llevan a cabo en las organizaciones para entregar el diseño de un Sistema de Control de Gestión; ya que, estos sistemas pretenden entregar información que sea útil a la hora de incurrir en la toma de decisiones, para lo cual es primordial tener una visión respecto al desempeño de las funciones del personal que se desempeña en la organización, para así desarrollar y mantener patrones de comportamiento viables.

El principal objetivo de una Gestión de Desempeño es apoyar el proceso de formulación de planes y programas de largo plazo, centrando los esfuerzos hacia una adecuada asignación de los recursos, tanto financieros, como no financieros (Hernández, 2002).

Los Sistemas de Evaluación del Desempeño debiesen incluir un mecanismo efectivo de decisión respecto al cumplimiento de los objetivos (Ghalayini y Noble, 1996), junto a ello incluir un proceso de desarrollo de medidas de desempeño individual en circunstancias de cambio (Dixon et. al. 1990); (McMann y Nanni , 1994); (Maskell, 1989) y además un mecanismo periódico de monitoreo y revisión completa de las métricas en uso y si estas son consistentes al entorno en el cual se desempeña la organización (Wisner y Fawcett , 1991).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta, que no existe un método universalmente aplicable para desarrollar un Sistema de Evaluación del Desempeño, ya que las herramientas diseñadas y técnicas aplicadas depende exclusivamente del entorno de cada organización. Según Archer y Otley (1991), una variable contingente central es la estrategia y los objetivos que una organización decide seguir, siendo estos últimos, los más influyentes en la elección de las medidas de rendimiento a utilizar para llevar a cabo el control sobre la



Evaluación del Desempeño; ya que, los Sistemas de Control requieren objetivos, contra los cuales se puede evaluar el desempeño.

Una vez evaluado el desempeño de las acciones que fueron llevadas a cabo para el cumplimiento de estos objetivos, esta debe ser utilizada para proyectarse hacia el futuro, desarrollando planes o nuevas estrategias que permitan mejorar el rendimiento de la organización, y a su vez enfocar los esfuerzos a mayores niveles de eficiencia y a un ambiente propicio para el desarrollo de la creatividad (Rincon, 1998).

“Lo que no se puede definir no se puede medir; lo que no se puede medir, no se puede mejorar; lo que no se puede mejorar, se puede deteriorar” (Lord Kelvin). Es por ello por lo que, se considera que la medición es fundamental a la hora de Gestionar los procesos y mejorar la calidad dentro de una organización, ya que, de no existir datos, el proceso no puede ser medido y en consecuencia éste no puede ser mejorado en el caso de que no cumpla con los objetivos previamente definidos.

En este sentido, es que los procesos llevados a cabo para el cumplimiento de objetivos dentro de una organización deben cumplir con tres requisitos fundamentales: (i) Efectividad; (ii) Eficiencia; y (iii) Adaptabilidad (Rincon, 1998).

- (i) Efectividad: Todo proceso debe ser efectivo, es decir debe contribuir al cumplimiento de los objetivos, satisfacer sus necesidades y cumplir con las expectativas de los usuarios.
- (ii) Eficiencia: Todo proceso debe ser eficiente, considerando el uso de los recursos involucrados para llevar a cabo el proceso y lograr el objetivo propuesto. En este sentido, es que las organizaciones deben reducir la cantidad de recursos necesarios para realizar el proceso de manera correcta, disminuyendo el desperdicio y aquellas actividades que no generan valor agregado.



- (iii) Adaptabilidad: Todos los procesos deben ser flexibles. Los procesos deben ser adaptables a los cambios que exige el entorno en el cual se desempeña la organización, permitiendo así responder a las expectativas de los usuarios.

Independiente del tipo de organización que se analice, y la forma en que se mida el desempeño, la medición siempre juega un rol clave en todo proceso de control. La medición del desempeño sirve para saber en qué medida se han alcanzado los objetivos definidos, para que así la organización pueda tomar las medidas correctivas cuando los resultados no son los deseados (Fariás, 2003).

Sin embargo, la medición en las organizaciones se ha limitado a llevar un registro de la información respecto a los resultados de cada proceso y en muy pocas ocasiones se lleva registro de aquella información que contribuya al mejoramiento continuo y una adecuada toma de decisiones. A lo anterior, es que debe tenerse en cuenta que un Sistema de Evaluación del Desempeño carece de valor por sí solo a menos que se mantenga acompañado periódicamente de un proceso efectivo de monitoreo, retroalimentación y mejora de procesos, enfatizando así el aprendizaje y mejora continua dentro de las organizaciones.

Existen diversas herramientas mediante las cuales se puede llevar a cabo una Evaluación y Gestión del Desempeño las cuales han sido desarrolladas por distintos autores. Estas herramientas pueden ser tanto cualitativas como cuantitativas. Dentro de las herramientas cualitativas se han desarrollado cuestionarios y entrevistas a expertos, con el objetivo de obtener una visión más extensa proveniente de la opinión de las personas que se desempeñan dentro de la organización y/o aquellas que reciben el servicio entregado por la organización (Changchit et. al. 2001); (Longbottom y Chourides, 2001). Mientras que como herramientas cuantitativas, diversos autores han desarrollado herramientas que permiten obtener un resultado numérico respecto a cómo han sido llevados a cabo los procesos para contribuir al cumplimiento de los objetivos de la organización, tales como Indicadores Financieros; Balanced Scorecard; Benchmarking; Activity Based



Management, Gestión del Conocimiento, Capital Intelectual entre otras (Marr, 2004); (Kaplan y Norton, 1992); (KasviMatti et. al. 2003).

El objetivo en común de cada una de estas herramientas consiste en medir el desempeño general de la organización (Croasdell et. al. 2008) permitiendo así evaluar los resultados y de ser necesario proponer mejoras procesos, tal que contribuyan al cumplimiento de los objetivos definidos acorde a la estrategia de la organización.

2.4 Evaluación y Gestión del Desempeño en Salud

Según Donabeidan, (1996), el modelo de atención de salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables; además de valorar la preferencia del paciente tanto en lo relativo a resultados como al proceso, lo que resulta esencial para referirse a cualquier definición de calidad de atención en salud. Es por ello, que se considera que el punto clave es el uso eficiente de los recursos frente al cumplimiento de ciertos objetivos ligados al ámbito social y sus instituciones, para lo cual se hace necesario realizar constantemente evaluación del desempeño, la cual es llevada a cabo mediante indicadores que permiten conocer el rendimiento de los procesos ejecutados en el servicio de atención a los pacientes en un periodo determinado y con ello innovar en estrategias que permitan mejorar la calidad del servicio entregado por las instituciones.

A diferencia del modelo de calidad industrial, el modelo de calidad en salud valora la preferencia del paciente, ya sea en lo relativo a resultados, como en los procesos y con ello, acomoda un conjunto de responsabilidad hacia los usuarios, la sociedad y la gestión de calidad (Donabeidan, 1996).

El punto clave para llevar a cabo una Gestión del Desempeño, es el uso eficiente de los recursos frente al cumplimiento de objetivos, para lo cual es necesario llevar a cabo periódicamente Evaluaciones de Desempeño, las cuales deben lograrse a través de una medición sistemática y continua en el tiempo, y a partir de los resultados obtenidos realizar



una comparación con los objetivos definidos en la estrategia permitiendo así mejorar el desempeño y evaluar el impacto de los procesos aplicados (Spiege et. al. 2004).

2.4.1 Indicadores de Desempeño en Urgencias

Existen distintos tipos de medidas para evaluar el desempeño dentro de las Unidades de Emergencia respecto al cuidado del paciente, clasificados en estructura, procesos y resultados.

El objetivo de los Indicadores de Desempeño en las Unidades de Emergencia consiste en medir el valor real del sistema, permitiendo así a los distintos interesados tener distintas perspectivas respecto al Desempeño del Servicio. Según, Jiménez (2004), una aproximación al correcto uso de los Indicadores de Desempeño es la utilización en conjunto de éstos, permitiendo así cubrir distintos aspectos, tales como, la satisfacción del paciente, eventos adversos complicaciones y costos per cápita.

No obstante, los Indicadores de Desempeño deben ser diseñados para medir aquellos aspectos relevantes, que se encuentran involucrados directamente con el cumplimiento de los objetivos de cada Unidad de Emergencia.

Las dimensiones más comunes en las que se aplican las Evaluaciones de Desempeño en las Unidades de Emergencia son las siguientes (El Sayed, 2012):

- (i) Estructura: Se refiere usualmente a los distintos componentes de un Servicio de Urgencias, considerando equipamiento, personal, conocimiento de los proveedores y obtención de acreditaciones, reflejado en el cumplimiento de estándares. Este tipo de indicadores proporcionan una indirecta medida de calidad y por ende una medida respecto a la dificultad relativa de los resultados hacia el cuidado del paciente.
- (ii) Procesos: Los indicadores de procesos mantienen una relación directa con la calidad del cuidado del paciente, ya que son más sensibles a las diferencias.



Comprende un componente de encuentro entre el servicio médico y el paciente, ya que corresponde a una evaluación de las etapas del cuidado entregado. Un proceso corresponde a una secuencia repetitiva de las acciones realizadas transversalmente en los distintos niveles del Servicio de Urgencias, para producir buenos resultado hacia el paciente.

- (iii) Resultados: Evalúan el cambio en pacientes una vez definido su estado en respuesta de las intervenciones clínicas. Investigaciones realizadas enfocadas a los resultados de Servicios de Urgencias se enfocan en determinar la efectividad de algunas de las intervenciones realizadas al paciente y el incremento del valor real al Servicio de Urgencias. Se ofrece retroalimentación en todos los aspectos del cuidado, los resultados son de fácil interpretación y fácil entendimiento para los interesados, y pueden ser utilizados para efectuar una comparación entre los distintos Servicios de Urgencias.

La medición y monitoreo de Indicadores de Desempeño son utilizados para múltiples propósitos, permitiendo documentar los intervalos de tiempo, la calidad de atención y los resultados económicos. La utilización de Indicadores de Desempeño permite también monitorear y evaluar el estado de los pacientes mientras es atendido en una Unidad de Emergencia permitiendo así conocer nivel de satisfacción de las necesidades del paciente No obstante, debido a que la calidad es multidimensional, la comprensión de la calidad requiere muchas medidas diferentes (Bonney, 2006).

2.4.1.2 Indicadores de Tiempo

En las Unidades de Emergencia es importante el rápido reconocimiento de las condiciones críticas del paciente, por lo que contar con una atención eficiente resulta fundamental. A lo anterior, es que el diseño, aplicación y monitoreo de Indicadores de Desempeño enfocados a los intervalos de tiempos de atención en las Unidades de Emergencia, permite



identificar efectivamente cuanto es el tiempo que debe destinarse a cada actividad, pudiendo así además identificar el transcurso de tiempos muertos y/o tiempos de ocio, los cuales no contribuyen al logro de una atención oportuna y eficiente acorde a las necesidades del paciente (Hernández, 2002) .

Es por ello por lo que los tiempos de espera para los pacientes se extienden de sobremanera, considerando además los tiempos que deben esperar para la realización de procedimientos y/o actividades de apoyo al diagnóstico y en este último la espera de la respuesta de los exámenes realizados, lo cual afecta directamente el rendimiento del Servicio de Urgencias (Tobar et. al. 2014).

Otro de los factores fundamentales y empeoran el tiempo de atención de los usuarios, es la toma de decisión oportuna respecto al destino del paciente, debido que las Unidades de Emergencia son unidades que no están diseñadas para estudiar pacientes, por tanto, los médicos dedicados a la atención del paciente deben asumir una decisión de destino del mismo, basada en admitir y hospitalizar al paciente o enviarlo a su domicilio con el tratamiento respectivo (Tobar et. al. 2014) . Sin embargo, estas decisiones muchas veces se ven influenciadas debido a la escasez de recursos que existen en los Servicios de Hospitalización, considerando que gran parte del tiempo, los pacientes admitidos en las Unidades de Emergencia están sujetos a extensos tiempos de espera por una cama disponible que les permita ser hospitalizados.

A lo anterior, es que resulta importante definir metas objetivas y realistas, permitiendo así conocer cuál es el tiempo esperado del desarrollo de cada actividad, (por ejemplo: evaluación del paciente) y poder ser comparado con el tiempo real del desarrollo de la actividad; pudiendo de esta manera evaluar los resultados y en caso de que se encuentren fuera de los estándares definidos, evaluar una nueva estrategia o efectuar cambios que permitan el cumplimiento de las metas establecidas (Kelman y Jhon, 2009).

En el caso de las Unidades de Emergencia, estas enfocan sus esfuerzos en minimizar los tiempos de espera, bajo la premisa de que esto contribuye a una mejor calidad desde el punto de vista del paciente. Sin embargo, el minimizar este factor implica un riesgo



demasiado alto para la salud del paciente, exponiéndose a malas decisiones clínicas que podrían llevar a cabo un cuidado deficiente por parte de quienes se desempeñan en las Unidades de Emergencia, apresurando la atención del paciente mediante el sistema (Bevan y Hood, 2006)

Sin embargo, los tiempos de atención no se relacionan únicamente con la espera del paciente para un procedimiento ni el tiempo que demora un procedimiento, sino también con los costos en los que deben incurrir las Unidades de Emergencia para mantener a un paciente. Por lo que concentrarse en mantener niveles de tiempo adecuados de atención no necesariamente indica una atención con altos niveles de calidad (Heinrich, 1999).

2.4.1.2 Indicadores de Calidad

Medir los niveles de calidad en las Unidades de Emergencia resulta importante, considerando que es la práctica de la medicina en un entorno prehospitalario. Calidad en las Unidades de Emergencia se ha definido como "el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (IOM)¹⁵.

La Iniciativa de incorporar Indicadores de Desempeño en las Unidades de Emergencia, consiste en mejorar los índices de calidad y al igual que otras instituciones de salud, se han utilizado principios de gestión de calidad utilizados en la Industria de Negocios, el objetivo principal de medir estos indicadores consta de mejorar el producto final y la satisfacción del paciente (Laffel y Blumenthal, 1989), (Berwick, 1989).

La calidad en las Unidades de Emergencia puede ser medida en distintas dimensiones, para ello, existen medidas que permiten identificar aquellos eventos intrínsecamente indeseables, como es el caso de los eventos centinela, quienes representan el extremo de un rendimiento deficiente y requieren ser considerados como un riesgo (Mainz, 2003).

¹⁵ Institute of Medicine



Un indicador centinela identifica eventos o fenómenos individuales que son intrínsecamente indeseables, y siempre desencadenan un mayor análisis e investigación. Cada incidente provocaría una investigación. Los eventos centinela representan el extremo de un rendimiento deficiente y generalmente se usan para la gestión de riesgos (Ansari, 1997).

En las Unidades de Emergencia, los errores clínicos son considerados un riesgo a la seguridad del paciente, por lo que, a la hora de definir Indicadores de Desempeño, la seguridad del paciente, los errores clínicos y los procesos judiciales no pueden desprenderse de la definición de calidad (Marshall, 2000).

Existen Indicadores de Calidad que dependen del cumplimiento de normas desarrolladas a nivel local, regional o nacional, mediante consensos de autoridades o administrativos. El cumplimiento de estos indicadores se considera como una medida indirecta de calidad y generalmente son difíciles de relacionar con el paciente. Sin embargo, son indicadores que aseguran intrínsecamente la calidad de atención en las Unidades de Emergencia (Orfila et. al. 2014).

Sin embargo, existen Indicadores de Desempeño que se relacionan directamente con el paciente; la medida más común para medir calidad en las Unidades de Emergencia, corresponde a la satisfacción del paciente. La satisfacción del paciente corresponde a una visión externa respecto al Servicio entregado en las Unidades de Emergencia, y debe ser considerado un indicador de calidad muy valioso, ya que se refiere a la percepción del paciente respecto al cuidado recibido mientras fue atendido (Boudreaux y O'Hea, 2004).

2.4.1.3 Indicadores de Eficiencia Económica

A lo anterior es que, desde el enfoque de las Evaluaciones de Desempeño, facilita la detección de mejoras en los métodos de trabajo de las distintas áreas en que se utiliza, proporcionando así información de los costos, actividades y procesos empleados,



contribuyendo con información consistente para llevar a cabo la evaluación del desempeño de dichos procesos.

El costeo ABC, enfoca a las actividades como objeto y utiliza el costo de estas actividades como una base de asignación de costos a otros objetos de costos, debido a esto, es que se considera que es un enfoque que permite una más efectiva asignación de costos y así, poder elaborar estrategias operacionales para optimizarlos (Horngren, Foster, y Datar, 2007). Una correcta aplicación del sistema de costeo ABC, permite asignar adecuadamente todos los gastos indirectos, los cuales no son reflejados en los sistemas de costeo tradicional.

El Costeo ABC se asocia actividades que son necesarias para obtener productos o servicios; sin embargo, estas actividades deben consumir recursos, ya sean estos de carácter humano, financiero o técnico (Kaplan y Cooper, 1999). A lo anterior, es que para llevar a cabo cada una de estas actividades se torna necesario incurrir en costos, provenientes de un conjunto de tareas que entregarán valor agregado a la organización.

En este sentido, es que ABC permite desechar aquellas actividades que no entregan valor a la realización del proceso y a su vez permite rediseñar procesos, permitiendo así identificar oportunidades que permitan mejorar el nivel financiero de las organizaciones, mediante la gestión de las actividades necesarias para el desarrollo de cada producto o servicio entregado.

A diferencia de las metodologías de costeo tradicionales, la metodología ABC contempla la definición de los objetos del costo a la hora de realizar la asignación de los costos indirectos, un objeto de costo intermedio y un objeto de costo final. En este sentido, es que Kaplan y Cooper (1999), señalan que este mecanismo de asignación permite una mayor precisión en la determinación de costos y responsabilidad, siempre y cuando los inductores mantengan las siguientes condiciones copulativas:

- (i) Existencia de una relación causa - efecto entre el recurso indirecto y las actividades, la actividad y los productos, y el recurso directo y los productos.



- (ii) Ser fácil de medir.
- (iii) Explicar el uso de un recurso indirecto por las actividades, de una actividad por los productos, o de un recurso directo con los productos.

Cokins et. al.(1993), plantean que las instituciones de asistencia médica son industrias en que se emplea gran cantidad de mano de obra y donde las actividades de trabajo representan la mayor parte de sus gastos. A lo anterior, es que existe una necesidad de conocer que servicios costear y que actividades estarían siendo las más eficientes; con el objetivo de solucionar esta problemática, es que se plantea que el ABC es vital para el bienestar de las organizaciones de asistencia médica. Es por ello, que la aplicación de la actividad de costeo basado en la última década ha aumentado mucho en muchos países para calcular el precio de coste de los servicios médicos, debido a la exactitud de los costos calculados en los sistemas de salud.

La industria de la salud ha sido un entorno práctico para la aplicación de ABC. Se ha señalado que "un cálculo preciso de los costos es esencial para la licitación competitiva y la competencia de gestión" (West e. al. 1996). Se considera que ABC es particularmente apropiado para calcular los niveles de reembolso de los servicios de atención médica que se facturan basados en el diagnóstico de cada paciente (Chan, 1993) (Ramsey, 1994). Cada diagnóstico incluye actividades que cubren la estructura organizacional de un proveedor de atención médica, por ejemplo, actividades relacionadas con la evaluación, admisión y tratamiento del paciente; preparación, uso y mantenimiento de instalaciones; procedimientos médicos; y hospitalización. El costo de cada actividad y los recursos consumidos por esa actividad vincula el proceso de actividades relacionadas con una condición específica de cada paciente, los cuales no son compatibles con los sistemas de contabilidad tradicionales, que a menudo asignan tipos de tratamiento de costos indirectos basados únicamente en las relaciones de producción (Hoyt y Lay, 1995).



El ABC también se ha aplicado junto con intervenciones de gestión de calidad para maximizar la eficiencia, reducir el costo de la capacidad no utilizada, a través de decisiones de gestión de cálculo más precisas para reducir costos (Player, 1998); (Canby, 1998); (Dowless, 1997). La Metodología ABC puede tomar mucho tiempo y ser complejo, requerir una lista completa de productos, servicios y actividades en cada departamento, calcular la cantidad de mano de obra y otros recursos dedicados a cada actividad primaria y secundaria y estimaciones realistas del volumen de bienes y servicios producidos. Sin embargo, ha demostrado que sólo se aplicará si sus beneficios superan claramente sus costos (Chan, 1993).

Distintos estudios han implementado el Sistema de Costeo ABC en instituciones de salud, como es el caso de Glick et. al. (2000), quienes mediante una simulación de costos en procedimientos de radiología diagnóstica determinaron que las estimaciones de costos incorporan tres factores significativos más allá de los costos directos de los empleados, los suministros y el equipamiento médico: (i) un factor de los beneficios de los empleados para contabilizar los costos de personal distintos de los sueldos base; (ii) un factor indirecto para contabilizar los costos indirectos; y (ii) un factor de capacidad para tener en cuenta el tiempo de atención no planificado previsto. Aunque todos estos factores son necesarios, juntos pueden duplicar el costo de un procedimiento. Al mismo tiempo, concluyen que la principal ventaja de la gestión de costos es saber que se pueden comparar los reembolsos con los costos con un alto grado de confianza para cualquier conjunto de procedimientos.

Por otra parte, (Rajabi y Dabiri, 2012) en su estudio dividen las unidades hospitalarias en tres departamentos principales (i) Administrativo; (ii) Diagnóstico; y (iii) Hospitalizado. En segundo lugar, los centros de actividad se definieron mediante el método de análisis de actividad. En tercer lugar, los costos de los centros de actividades administrativas se asignaron a los departamentos de diagnóstico y operacionales basándose en el factor de costo. Por último, en cuanto al uso de los objetivos de costo de los servicios de centros de actividad, se calculó el precio de costo de los servicios médicos.



Los autores concluyen que el precio de costo de los servicios de médicos con el método de la tarifa no se calcula correctamente cuando se compara con el método ABC, ya que la Metodología ABC calcula el precio de coste mediante la aplicación de mecanismos adecuados, pero el método de tarifa se basa en el precio fijo. Además, ABC representa información útil sobre la cantidad y combinación de servicios de precio de costo.

Estudios como la aplicación de un sistema de costeo ABC en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de Cienfuegos (Soto y Grisel, 2004), el cual tiene como objetivo conocer los costos por servicios: Transporte, Enfermería y Servicios Médicos. El estudio arroja como resultados que es posible la aplicación del sistema a un hospital de tales características, además se reconoce que el costeo ABC proporciona un potente sistema de gestión alternativo a los sistemas tradicionales, también se demostró que permite valorar y tomar decisiones.

Por otra parte, en Chile, Neriz et.al. (2005), realizaron una aplicación de costeo ABC en una unidad hospitalaria psiquiátrica, cuyos resultados mostraron una mejor comprensión de las actividades y una ampliación en el análisis de los recursos que efectivamente demandan estas actividades, y una estimación más exacta de los costos de los productos y servicios.

Respecto de las Unidades de Urgencia en particular, Tejedor et. al. (1998) afirman que la aplicación del método ABC presenta importantes ventajas respecto a los métodos convencionales, ya que permite una mejor implementación de costos, facilita el seguimiento de procesos, permite comparaciones inter e intra hospitalaria, proporciona información más real y una mayor adaptación al proceso de decisiones clínicas basadas en protocolos sobre valor añadido y la efectividad de cada objetivo del costo.

2.4.1.4 Indicadores de Capacidad

Un fenómeno común en las Unidades de Emergencia es el fenómeno de sobreocupación y los excesivos tiempos de espera a los que se ven sometidos los pacientes que acuden



este tipo de servicios. Este problema se atribuye a la escasez de recursos con los que cuentan las Unidades de Emergencia o el su defecto un problema de la gestión de los recursos destinados a la atención del paciente (Tobar et. al. 2014).

Las Unidades de Emergencia se encuentran destinadas a ofrecer Servicios de Atención Médica según requiera el paciente, frente a un problema de urgencia en salud. A lo anterior es que, para diseñar Indicadores de Desempeño en las Unidades de Emergencia, es primordial evaluar las capacidades del Servicio (SEMES, 2001).

La capacidad de las Unidades de Emergencia puede ser medida realizando un cruce entre los recursos disponibles y la demanda del servicio, siendo esta última medida a través de la cantidad de pacientes que asisten a las Unidades de Emergencia (Miró et. al. 2003).

Baesler et. al.(2003), mediante la construcción de un modelo de simulación permiten predecir la demanda de pacientes en un hospital, por lo cual es posible conocer la curva de comportamiento de la asistencia de pacientes al Servicio y con ello permite definir una mejor gestión de recursos dentro del Hospital, ya que es posible conocer los días y horarios en que aumenta y/o disminuye la demanda del servicio y por consiguiente los recursos necesarios para entregar atención oportuna a los pacientes permitiendo así mejorar el nivel de calidad del servicio.

El hacinamiento de las Unidades de Emergencia es una consecuencia del fenómeno de sobreocupación, por lo que al momento de definir indicadores, resulta importante en este tipo de unidades conocer la relación cama y número de pacientes, pudiendo así determinar cuántos pacientes podrán ser atendidos en las Unidades de Emergencia y en caso de que estas no resulten suficientes, elaborar estrategias que permitan sobrellevar esta situación o considerar ampliar el nivel de recursos disponibles para el servicio (Jones et. al. 2006).



Conocer el flujo de pacientes contribuye a mantener un diseño y dotación de personal óptimo, permitiendo la realización de actividades de manera eficiente y segura, mejorando la atención de pacientes. En este sentido, es que resulta fundamental una revisión constante respecto a la distribución de recursos existentes en las Unidades de Emergencia, permitiendo mejorar el rendimiento de las actividades realizadas para llevar a cabo la atención del paciente, además de reducir los tiempos de espera y la sobreocupación del servicio, mejorando así cuantitativa y cualitativamente la calidad del servicio entregado por las Unidades de Emergencia (Fineberg y Steward, 1977) (Reeder y Herbert, 2001).

2.4.1.5 Indicadores de Resultado

Los Indicadores de resultados capturan el efecto posterior a los procesos de atención de salud realizados al paciente y con ello el cuidado entregado mientras éste se mantuvo en una Unidad de Emergencia. Este tipo de indicadores deben reflejar un resultado a corto plazo, permitiendo visualizar el bienestar y/o problemas de los pacientes correspondientes a la atención en las Unidades de Emergencia y no atribuibles a otros factores (Lohr y Schroeder, 1990).

Los datos extraídos de los Indicadores de Resultado pueden ser utilizados como un medio de comparación respecto del rendimiento posterior a la atención del paciente, ya que se consideran indicadores de fácil interpretación y comprensión siempre y cuando existan definiciones estándares y precisas respecto de los indicadores y las medidas utilizadas (McGlyn, 1998).

Los Indicadores de Resultados, permiten identificar aquellas actividades realizadas de manera eficiente en las Unidades de Emergencia y al mismo tiempo identificar las actividades deficientes, de manera que contribuyan a la toma de decisiones con el objetivo de mejorar el servicio entregado al paciente en las Unidades de Emergencia (Brice et. al. 2009).



A lo anterior, es que los Indicadores de Resultados son utilizados como un método de retroalimentación que contribuye a mejorar la calidad de las Unidades de Emergencia, considerando que se refieren directamente a los resultados respecto a las actividades clínicas realizadas durante la atención al paciente (Haya et. al. 2002).



Capítulo IV

Resultados

4.1 Resultados de Indicadores

En el presente capítulo se presentan los resultados de la Aplicación del Modelo de Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias del Hospital Clínico FUSAT, cabe destacar que estos tiempos fueron medidos tanto para Urgencia Infantil como para Urgencia Adulto.

En la sección 3.2.2 del capítulo anterior, se describe la metodología utilizada para la ejecución del modelo, en este sentido es que una vez concretados los pasos de la Etapa I, se procede a la medición de los indicadores obteniendo los siguientes resultados.

4.1.1 Indicadores de Tiempo

Con la información proporcionada por los expertos que participaron en las reuniones para efectuar la Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias, de las cuales se pudo conseguir la información necesaria para medir el 54% de los Indicadores de Tiempos de Espera y un 73% de los Indicadores de Tiempo de Procesos.

4.1.1.2 Tiempos de Espera

De los 13 Indicadores correspondientes a Tiempos de Espera, sólo se pudo efectuar medición para 8 Indicadores, correspondientes a:

- (i) Tiempo de Espera de Triage,
- (ii) Tiempo de Espera de Ingreso a Box,
- (iii) Tiempo de Espera por Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Laboratorio);
- (iv) Tiempo promedio de Espera por Resultados;
- (v) Tiempo Promedio de Espera de Alta Administrativa,
- (vi) Tiempo Promedio de Alta Clínica; y



(vii) Tiempo Promedio de Espera Total.

Los indicadores restantes no presentaron información para ser medidos:

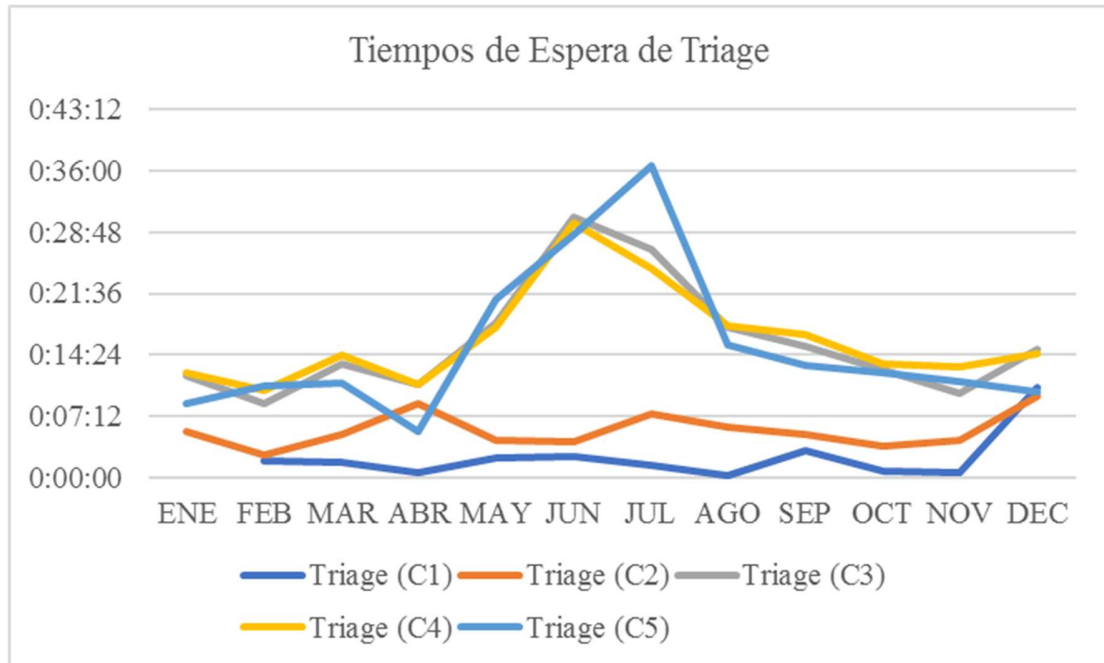
- (i) Tiempo Promedio de Espera de Admisión,
- (ii) Tiempo Promedio de Espera por Llegada de Interconsultor
- (iii) Tiempo Promedio de Espera por Procedimiento Médico y de Enfermería,
- (iv) Tiempo Promedio de Espera por Traslados Internos y Externos, y
- (v) Tiempo Promedio de Espera por Hospitalización en Camas de Dotación.

Tiempo de Espera de Triage

En lo que respecta al tiempo que debe esperar un paciente desde que finaliza el proceso de admisión, hasta que es llamado a categorizar la gravedad de su estado de salud, el Gráfico 1 muestra los Tiempos de Espera de Triage presentados para Urgencia Infantil, mientras que el Gráfico 2 muestra los Tiempos de Espera de Triage presentados para Urgencia Adulta.



Gráfico 1: Tiempo de Espera de Triage Infantil



Fuente: Elaboración Propia

Del Gráfico 1 se observa que el tiempo de espera más alto para el Triage corresponde a los pacientes C3, C4 y C5 para los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto. En el caso de los pacientes infantiles, el mes de Julio el tiempo de espera más alto presentado para pacientes C5 correspondiente a 50 minutos. Mientras que para los meses restantes, el tiempo de espera no sobrepasa los 20 minutos. En el caso de los pacientes C1 y C2, estos presentan tiempos de espera mucho más acotados que el resto de los pacientes, lo anterior se debe a que este tipo de pacientes presenta altos niveles de riesgo vital, por tanto su atención debe desarrollarse de manera inmediata.

Respecto al comportamiento de los Tiempos de Espera de Triage Adulto, al igual que en el caso de los Tiempos de Espera de Triage Infantil, los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto, son aquellos que representan un mayor Tiempo de Espera para los pacientes C3, C4 y C5; alcanzando hasta 30 minutos de espera para estos últimos.



En la Unidad de Emergencia Adulta, se presentó una mayor cantidad de pacientes C1 y C2, en donde el tiempo máximo de espera para la categorización de estos últimos fue de 10 minutos. Cabe destacar que estos tiempos corresponden sólo al ingreso de la información al Sistema de la Unidad de Emergencias, ya que, estos pacientes no están sujetos a tiempos de espera en esta Unidad de Emergencias en particular.

Al momento de evaluar el rendimiento promedio de la Unidad de Emergencia Adulto y la Unidad de Emergencia Infantil, el comportamiento de los Tiempos de Espera es similar en el caso de adultos y niños; y relación a los estándares establecidos por la Unidad de Emergencias del Hospital FUSAT¹⁶, el Tiempo de Espera de Triage se cumple en un 75%.

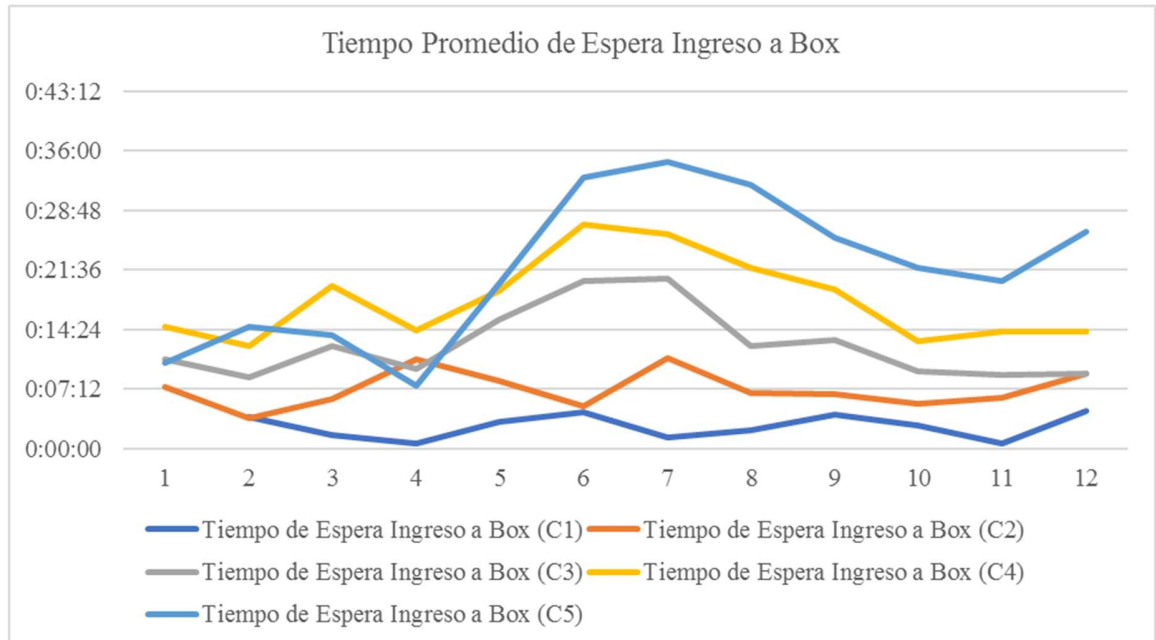
Tiempo de Espera Ingreso a Box

Posterior a la categorización del paciente en C1, C2, C3, C4 y C5 según la gravedad de su condición de salud en el momento que asiste a la Unidad de Emergencias, esta clasificación indica la prioridad de atención que tendrá frente a los pacientes restantes.

¹⁶ Ver Anexo



Gráfico 2: Tiempo Promedio de Espera Ingreso a Box



Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico 2 se observa el comportamiento del Tiempo de Espera que debieron mantener los pacientes para ingresar a un Box de Atención. En este sentido, es que al igual que con el Indicador de Tiempo de Espera de Triage, los pacientes Infantiles C3, C4 y C5 presentan un tiempo de espera más elevado que los pacientes C1 y C2; además del significativo aumento en el tiempo de espera que existe entre los meses de Mayo y Agosto, ya que en el mes de Septiembre, cerrando la “campana de invierno” este indicador tiende a disminuir nuevamente.

Respecto al Tiempo de Espera que deben mantener los pacientes Adultos para ingresar a un Box de Atención, una vez terminado el proceso de Triage. A diferencia de los pacientes Infantiles, estos Tiempos de Espera no presentan el mismo comportamiento que el Tiempo de Espera de Triage; sino que se mantiene un comportamiento mucho más oscilante. No



obstante, los meses que presentan un mayor tiempo de espera, se mantiene entre los meses de Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Diciembre.

En este sentido, es que al evaluar el comportamiento de la Unidad de Urgencia como un todo, este se normaliza, presentando los tiempos más altos entre los meses de Mayo y Septiembre para los pacientes C3, C4 y C5. Mientras que para los pacientes C1 y C2 son ingresados de manera inmediata al Box de Atención debido a la gravedad de su condición de salud, el tiempo registrado sólo corresponde al ingreso de la información en el sistema.

Respecto al cumplimiento de este Indicador, no se presentan estándares por parte de la Unidad de Emergencia. Sin embargo, se proponen los siguientes estándares de tiempo:

Tabla 11: Metas propuestas Tiempo de Ingreso a Box

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera box (C1)	>0 min.
Tiempo promedio de espera box (C2)	> 0 min. < 10 min.
Tiempo promedio de espera box (C3)	> 10 min. <15 min.
Tiempo promedio de espera box (C4)	> 15 min. <20 min.
Tiempo promedio de espera box (C5)	> 20 min. <25 min.

Fuente: Elaboración Propia.

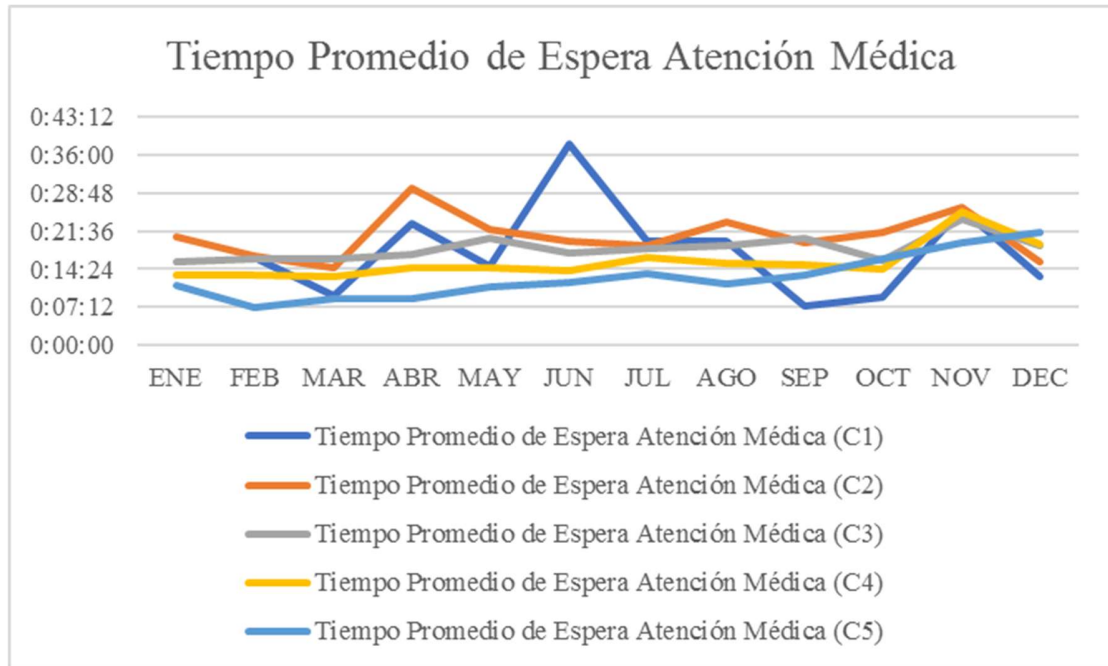
A pesar de que las metas propuestas corresponden a tiempos promedios del periodo de estudio, durante los meses de “Campaña de Invierno” (Mayo a Septiembre) estos tiempos no logran un cumplimiento efectivo, debido al alto nivel de demanda de la Unidad de Emergencias durante este periodo y con ello la ocupación de los Box de Atención.

Tiempo de Espera de Atención Médica

Una vez que el paciente ingresa al Box de Atención Médica, debe esperar a ser atendido por un médico.



Gráfico 3: Tiempo Promedio de Espera Atención Médica



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 3 muestra cuánto es el tiempo promedio que deben esperar los pacientes que ingresan al box de Atención Médica para ser atendidos. En este caso, el máximo tiempo de espera se presenta en el mes de Julio, para los pacientes C5. En general, los Tiempos de Espera para el inicio de Atención Médica de este tipo de pacientes presenta un comportamiento similar en todas las categorías de pacientes.

A diferencia de lo que ocurre en la Unidad de Urgencia Infantil, el comportamiento de la espera de Atención Médica para los pacientes de la Unidad de Emergencia Adulto, los pacientes que presentan un mayor tiempo de espera corresponden a aquellos pertenecientes a la categoría C2. No obstante, al igual que con los pacientes C1, este tipo de pacientes son atendidos previo al ingreso de la información al sistema. Lo anterior implica, que los tiempos presentados corresponde al tiempo al que al médico ingresó la



información al sistema y no efectivamente al tiempo que tardó en ser atendido. En el caso de los pacientes C3, C4 y C5.

Al evaluar el comportamiento de Unidad de Emergencias de manera general, se mantiene un tiempo promedio de espera de inicio de atención médica de 17 minutos para pacientes C3, C4, y C5. En el caso de los pacientes C1 y C2, el tiempo promedio de atención encuentra un desajuste respecto al tiempo en que la información es ingresada al sistema.

Para este indicador, no se presentan estándares definidos por la Unidad de Emergencias, por lo cual, considerando el comportamiento de la unidad de emergencia por medio del promedio anual del indicador, se proponen metas para definir el tiempo de inicio de atención de sus pacientes en cada una de sus categorías de la siguiente manera:

Tabla 12: Metas propuestas espera de Atención Médica.

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera de atención médica	>0 min. <5 min.

Fuente: Elaboración Propia

A lo anterior es que, considerando la condición del paciente y su necesidad de atención, se propone que el Tiempo de Espera por Atención Médica no supere los 5 minutos desde que el paciente ingresa al Box de atención, ya que, si el paciente es ingresado, debiese contar con todos los recursos necesarios para su atención disponibles en el menor tiempo posible. Sin embargo, los tiempos de espera por atención para los pacientes se encuentran lejos del cumplimiento de estos rangos de tiempo.

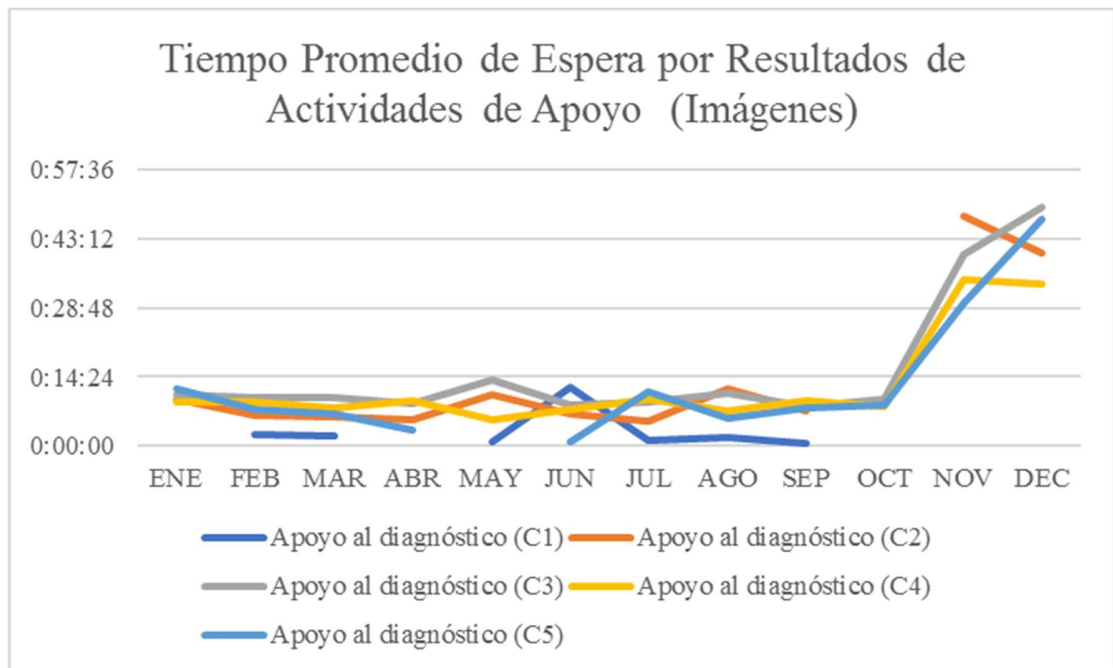
Tiempo Promedio de Espera de Resultados de Actividades de Apoyo

En el caso de las actividades de apoyo, al diagnóstico, estas corresponden a exámenes de imágenes y laboratorio, los cuales fueron medidos de manera separada.



- Imágenes

Gráfico 4: Tiempo Promedio de Revisión de Resultados de Actividades de Apoyo (Imágenes)



Fuente: Elaboración Propia

Una vez terminadas las Actividades de Apoyo al Diagnóstico, es necesario esperar los resultados para poder determinar el tratamiento correspondiente a cada paciente. A lo anterior, es que el Gráfico 4 representa la tendencia del Tiempo Promedio de Espera por Resultados en Actividades de Apoyo correspondiente a Imágenes para la Unidad de Emergencias. Para este indicador se observa un aumento significativo en los tiempos de espera de exámenes para los meses de Noviembre y Diciembre. No obstante, este tiempo de espera no depende directamente de la Unidad de Emergencias sino de la Unidad de Radiología correspondiente al Hospital presentando un comportamiento igual tanto para la Unidad de Emergencias Infantil y Adulto.



Respecto a la evaluación del desempeño, esta unidad presenta tiempos acotados de entrega de resultados. No obstante, no mantienen metas y/o objetivos definidos respecto al tiempo de espera, por lo que se propone una meta correspondiente al promedio anual del análisis presentado en este estudio:

Tabla 13: Metas propuestas espera por Resultados (Imágenes)

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imágenes)	>50 min. <70 min.

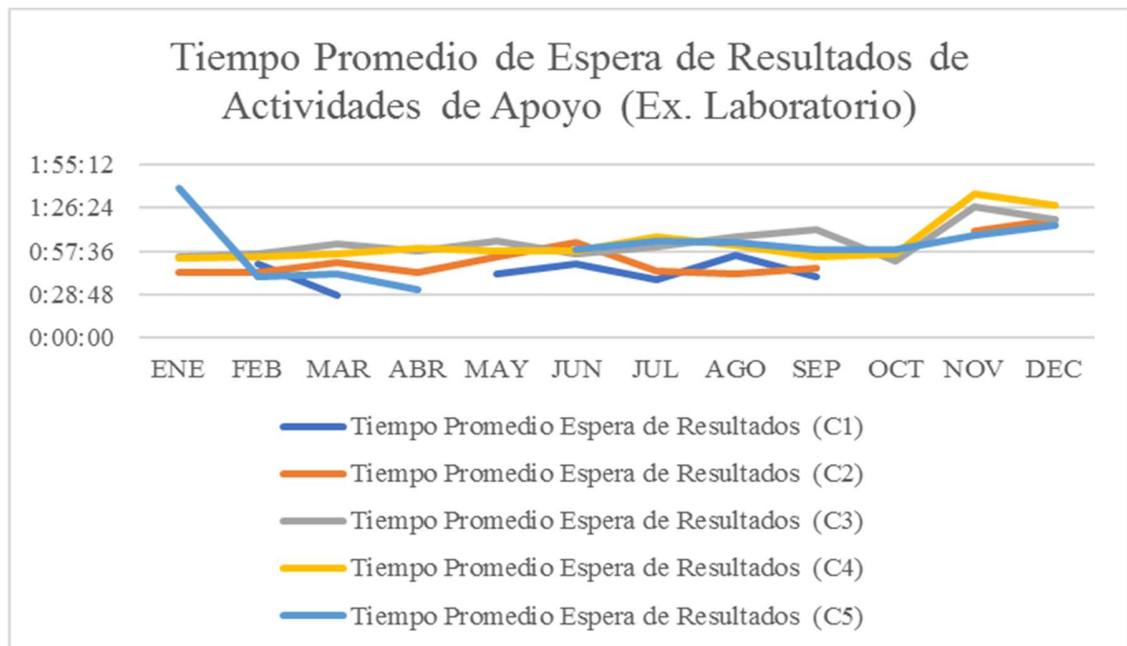
Fuente: Elaboración Propia

Independiente del tipo de paciente y su categoría de atención el tiempo de espera promedio por resultados de actividades de apoyo de imágenes para el periodo de estudio, no supera los 60 minutos, a lo anterior, es que si bien el tiempo de resultados depende del tipo de examen realizado y de una unidad externa a la Unidad de Emergencias, el comportamiento del tiempo se encuentra dentro de rangos aceptables sobre la meta propuesta.



- Exámenes de Laboratorio

Gráfico 5: Tiempo Promedio de Espera de Resultados de Actividades de Apoyo (Exámenes de Laboratorio)



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 5 presenta el Tiempo Promedio de Espera por Actividades de Apoyo al Diagnóstico referentes a Exámenes de Laboratorio. A lo anterior, es que en el caso de los pacientes correspondientes la Unidad de Emergencia Infantil, se presenta un tiempo promedio de espera por resultados de 1 hora y 2 minutos, indistintamente de la clasificación de pacientes según su gravedad.

En el caso de los pacientes de la Unidad de Emergencias Adulto, estos presentan un comportamiento más oscilante, no obstante, el tiempo promedio de espera por resultados de exámenes de laboratorio corresponde a 56 minutos, presentando una diferencia de 8 minutos en relación con los resultados obtenidos por la Unidad de Emergencias Infantil. Lo anterior, se atribuye a la cantidad de pacientes y el tipo de exámenes enviados a la unidad de laboratorio.



Al momento de evaluar la Unidad de Emergencias de manera complementaria, el comportamiento del Tiempo de Espera por Resultados de Actividades de Apoyo, como se observa en el Gráfico 5 se comporta de manera poco variable obteniendo un tiempo promedio de 57 minutos. Si bien, el tiempo presentado por espera de resultados es considerablemente bajo en comparación a otras Unidades de Emergencia, no existe una meta establecida relacionada con el Indicador; y considerando que este tiempo no depende de la condición de salud del paciente, sino del tipo de examen y muestra de laboratorio asociada, es que se propone un tiempo promedio considerando el comportamiento anual del indicador de la siguiente manera:

Tabla 14: Metas propuestas espera por Resultados (Ex. Laboratorio).

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Ex. Laboratorio)	>50 min. <70 min.

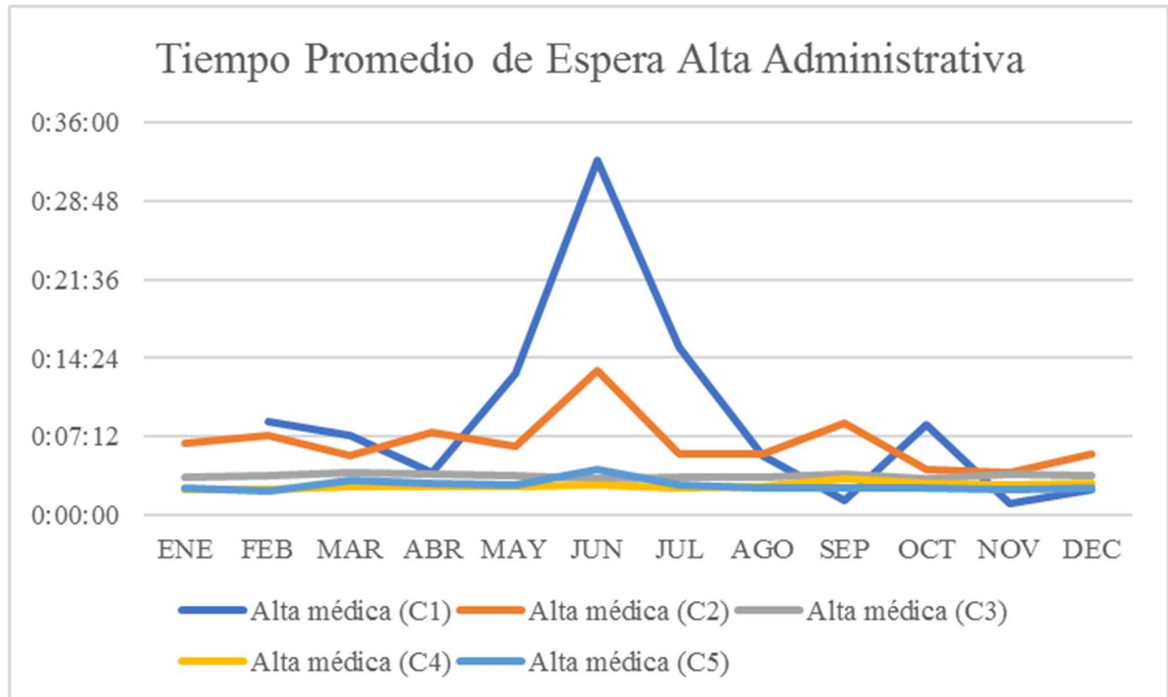
Fuente: Elaboración Propia.

Tiempo Promedio de Espera de Alta Administrativa

Una vez atendido el paciente en la Unidad de Emergencias, es necesario que posterior al alta médica, todos los insumos y recursos utilizados para su atención se encuentren cargados en el Dato de Atención de Urgencias que corresponda.



Gráfico 6: Tiempo Promedio de Espera de Alta Administrativa



Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico 6 muestra el comportamiento del Tiempo de Espera de Alta Administrativa de la Unidad de Emergencias.

En el caso de los pacientes de la Unidad de Emergencias Infantil, el tiempo de espera más alto se presenta en los meses Febrero, Junio y Septiembre, para los pacientes C2, con tiempos de 9, 13 y 11 minutos respectivamente. Respecto a los pacientes C1, C3, C4 y C5, el comportamiento de sus tiempos de espera alcanza un promedio de 2 minutos.

En relación a los pacientes Adultos que acuden a la Unidad de Emergencias, el Tiempo de Espera de Alta Administrativa más alto se presenta en los meses de Mayo, Junio y Julio para pacientes C1, con tiempos de 22, 32 y 15 minutos respectivamente. En lo que se refiere a los pacientes restantes, estos presentan un Tiempo de Espera Promedio de 4 minutos.



Si se evalúa el comportamiento de la Unidad de Emergencia en general, los tiempos más altos se presentan para pacientes C1 y C2. No obstante, el promedio entre ambas Unidades de Emergencia para este indicador corresponde a 5 minutos, indistintamente del tipo de pacientes que corresponda.

A pesar de los bajos niveles de Tiempos de Espera de Alta Administrativa, la Unidad de Emergencia no presenta indicadores para efectuar la medición del desempeño, por lo que se sugiere como meta el promedio anual obtenido para cada tipo de paciente de la siguiente manera.

Tabla 15: Metas propuestas espera por Alta administrativa

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera de alta administrativa (C1)	> 5 min. < 10 min.
Tiempo promedio de espera de alta administrativa (C2)	> 5 min. < 10 min.
Tiempo promedio de espera de alta administrativa (C3)	> 3 min. < 5 min.
Tiempo promedio de espera de alta administrativa (C4)	> 3 min. < 5 min.
Tiempo promedio de espera de alta administrativa (C5)	> 3 min. < 5 min.

Fuente: Elaboración Propia.

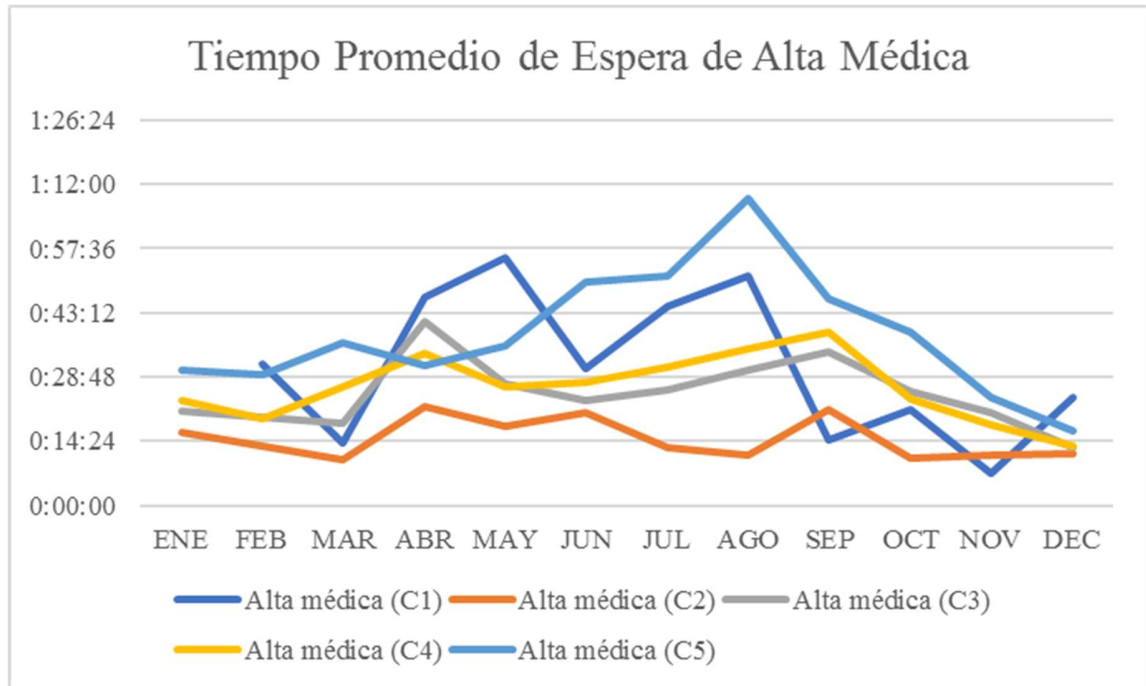
Considerando que los pacientes C3, C4 y C5 son pacientes de menor complejidad, el alta administrativa, o alta de sistema, la preparación de la ficha clínica toma menor tiempo que para los pacientes C1 y C2. A lo anterior, es que respecto a la meta propuesta se observan altos niveles de cumplimiento, mientras que para los pacientes C3, C4 y C5. Mientras que para el caso de los pacientes C1 y C2 el mayor incumplimiento de la metas metas propuestas se registran durante los meses de mayo y agosto, en donde aumenta la demanda de pacientes por “Campaña de Invierno”.

Tiempo Promedio de Espera de Alta Médica

Desde que es entregada el Alta Administrativa, el tiempo que transcurre hasta que el paciente se retira efectivamente de la Unidad de Emergencias, no ocurre hasta que éste regulariza su situación económica. A lo anterior, es que el gráfico



Gráfico 7: Tiempo Promedio de Espera de Alta Médica



Fuente: Elaboración Propia

En el caso de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia Infantil, el Tiempo de Espera Promedio de Alta Médica corresponde a 24 minutos. No obstante, los pacientes C5 son quienes presentan tiempos más elevados.

Para los pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia Adulto, los mayores tiempos Promedios de Espera por Alta Médica son alcanzados en los meses de Mayo y Agosto, para pacientes C1 y C5. Cabe destacar que este tiempo de espera depende de la documentación asociada a cada paciente, lo cual puede ser más ágil o más complejo indistintamente del tipo de paciente al que corresponda.

En el Gráfico 7, se observa el comportamiento del Tiempo Promedio de Espera de Alta Médica en conjunto. A lo anterior, es que el máximo tiempo de espera se encuentra asociado a pacientes C1 y C5. Mientras que para los pacientes restantes (C2, C3 y C4) el tiempo de espera varía entre los 10 y los 38 minutos.



En la Unidad de Emergencias no existe un estándar asociado a este indicador, por ende, se propone una meta asociada al promedio total del tiempo de espera de alta médica que presentaron los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia durante un año.

Tabla 16: Meta propuesta Espera de Alta Médica

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera de alta médica	> 15 min. < 30 min.

Fuente: Elaboración Propia

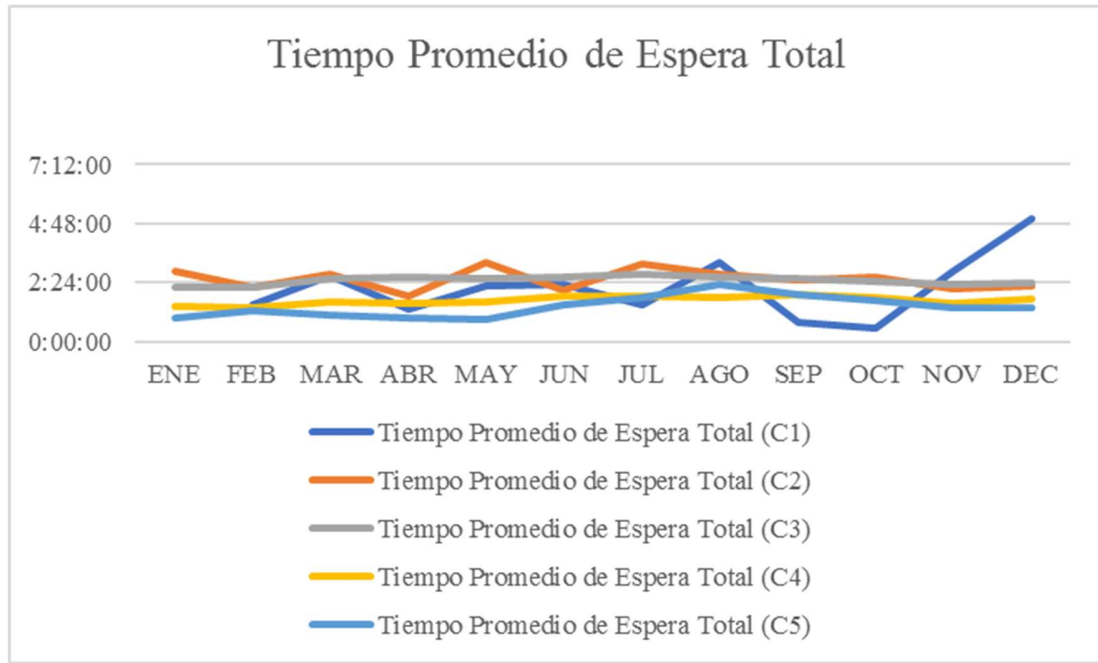
En este sentido, sólo se registra cumplimiento de esta meta para los para los pacientes C1 durante el periodo de estudio, mientras que, para los pacientes restantes, los tiempos de alta exceden considerablemente la meta propuesta durante los meses de invierno.

Tiempo Promedio de Espera Total

Resulta importante poder obtener una visión global de los Tiempos de Espera a los que se ven sometidos los pacientes en la Unidad de Emergencia lo cual se representa mediante el Indicador de Tiempo Promedio de Espera Total.



Gráfico 8: Tiempo Promedio de Espera Total



Fuente: Elaboración Propia

En el caso de los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencias Infantil se presenta un comportamiento poco variable, obteniendo un tiempo de espera de 1 hora con 34 minutos en promedio, siendo los pacientes C2 quienes presentan un mayor tiempo de espera promediando 1 hora con 38 minutos anual, alcanzando sus niveles más altos en los meses de Marzo, Mayo, Julio y Octubre. Los pacientes C1, C3, C4 y C5 presentan un tiempo promedio de 1 hora y 33 minutos promedio en conjunto, oscilando entre los 11 minutos y las 2 horas 20 minutos.

Para los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia Adulto, se presenta un Tiempo de Espera Total con un comportamiento estable para todos los pacientes. No obstante, presenta tiempos de espera mayores que lo pacientes de la Unidad Infantil, obteniendo un promedio de 2 horas 20 minutos. El tiempo más alto registrado corresponde a pacientes C1, con un tiempo de espera de 5 horas aproximadamente. Lo anterior se debe a que este tipo de pacientes, al igual que los pacientes C2, al mantener condiciones de



mayor gravedad, necesitan tiempo para ser estabilizados y observar la evolución de las actividades realizadas.

El Gráfico 8 presenta el comportamiento de los Tiempos de Espera Promedio de la Unidad de Emergencias, en donde se observa un comportamiento estable en general, a excepción del mes de Diciembre, e donde el tiempo de espera aumenta considerablemente según lo descrito en el párrafo anterior. En general, el Tiempo Promedio de Espera para la Unidad de Emergencia alcanza las 2 horas 3 minutos, lo cual representa el tiempo total que se mantuvieron los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencias sin estar sujeto a un procedimiento. No obstante, considerando que a este tipo de servicios acuden aquellos pacientes que requieren una atención inmediata.

Respecto a la evaluación del desempeño como tal, es necesario establecer una meta, ya que la Unidad de Emergencias no presenta metas u objetivos asociados a este indicador.

Tabla 17: Metas propuestas Tiempo de espera total

Indicador	Meta
Tiempo promedio de espera (Total)	<= 150 min.
Tiempo promedio de espera (Total)	<= 150 min.
Tiempo promedio de espera (Total)	<= 150 min.
Tiempo promedio de espera (Total)	<= 100 min.
Tiempo promedio de espera (Total)	<= 100 min.

Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, es que se propone reducir el tiempo promedio de espera total para todos los pacientes, entregando una extensión de tiempo mayor a los pacientes C1, C2 y C3, ya que por su condición de salud deberán ser estabilizados entre un procedimiento y otro. No obstante, no existe cumplimiento de esta meta por parte de la Unidad de Emergencia durante el periodo de estudio.



4.1.1.2 Tiempos de Procesos

De los 11 Indicadores correspondientes a Tiempos de Procesos, sólo se pudo efectuar medición para 9 Indicadores, correspondientes a:

- (i) Tiempo Promedio de Uso de Reanimador,
- (ii) Tiempo Promedio de Admisión¹⁷,
- (iii) Tiempo Promedio de Triage
- (iv) Tiempo Promedio de Uso de Box de Atención,
- (v) Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y/o de Enfermería
- (vi) Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Laboratorio);
- (vii) Tiempo Promedio de Ciclo
- (viii) Tiempo Promedio de Atención Médica
- (ix) Tiempo Promedio de Atención Médica Efectivo

Los indicadores restantes no presentaron información para ser medidos.

- (x) Tiempo Promedio de Atención Interconsultor,

Tiempo de Uso de Reanimador

El Indicador Tiempo de Uso de Reanimador fue medido por medio de aquellos pacientes que ingresaron al box de reanimación y el tiempo que se mantuvieron en el mismo. Cabe destacar que los pacientes que ingresan a este box no necesariamente requieren ser sometidos al proceso de reanimación. Si no que debido a la condición de salud informada son ingresados de manera inmediata a este Box.

A lo anterior es que, en promedio aquellos pacientes correspondientes a la Unidad de Emergencia Infantil y debieron ser atendidos en el Box de Reanimación, presentan un

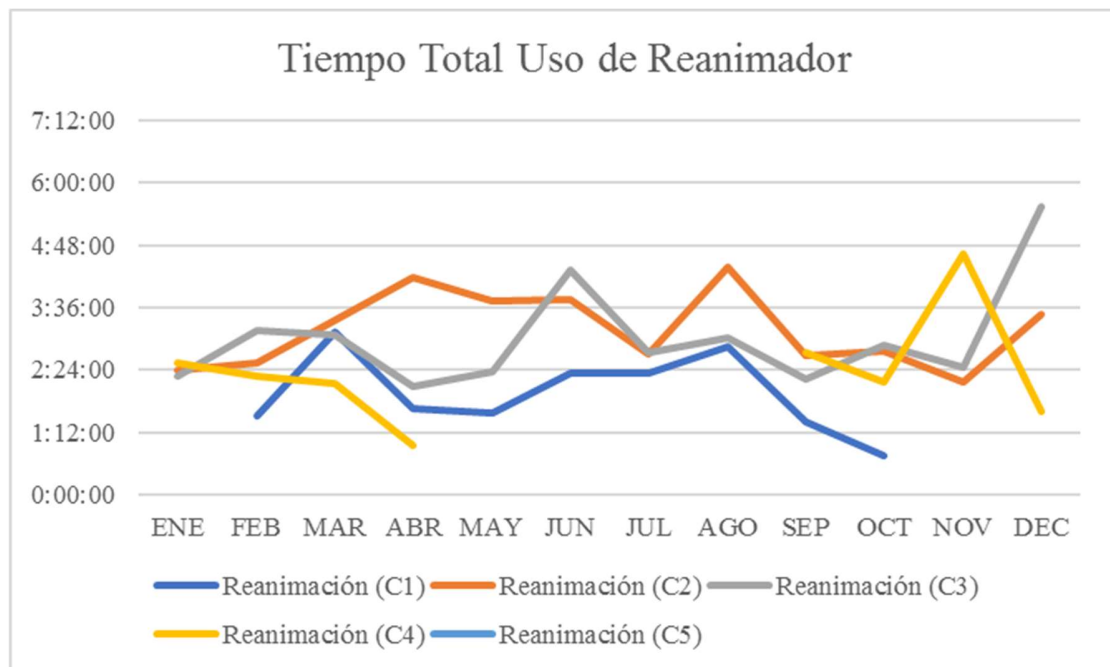
¹⁷ Para los Indicadores de Tiempo Promedio Admisión y Tiempo Promedio Triage, se presenta sólo un promedio del tiempo observado.



tiempo de uso del mismo de 2 horas y 4 minutos en promedio, para las categorías C2, C3 y C4.

En lo que respecta a los pacientes que ingresaron a la Unidad de Emergencia Adulto, se observan tiempos para pacientes C1, C2, C3 y C4 con un tiempo promedio de uso del Box de Reanimación de 3 horas.

Gráfico 9: Tiempo Promedio de Reanimación



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 9 muestra el comportamiento referente al Tiempo de uso del Box de Reanimación, en este sentido es que la ocupación del box fue para pacientes C1, C2, C3, y C4., presentando un tiempo promedio del uso de 2 horas y 45 minutos de los recursos destinados para la atención pacientes que presentan o en situaciones de generar condiciones de riesgo para la salud o la vida¹⁸.

¹⁸PROCESO DE URGENCIA(UEH), MINSAL- 2015



En relación al Tiempo de Uso del Box de Reanimación no existe una meta establecida por la Unidad de Emergencias y considerando que el riesgo vital de los pacientes que ingresan a este tipo de Box de Atención, no se recomienda establecer una meta asociada al tiempo de uso de estos recursos. Sin embargo es necesario eliminar aquellos tiempos ociosos que se presenten al momento de prestar atención a este tipo de pacientes, por lo cual se sugiere no mantener a los pacientes más del tiempo realmente necesario en estos Box.

Tabla 18: Metas propuestas Uso de Reanimador

Indicador	Meta
Tiempo total uso reanimador	No Aplica

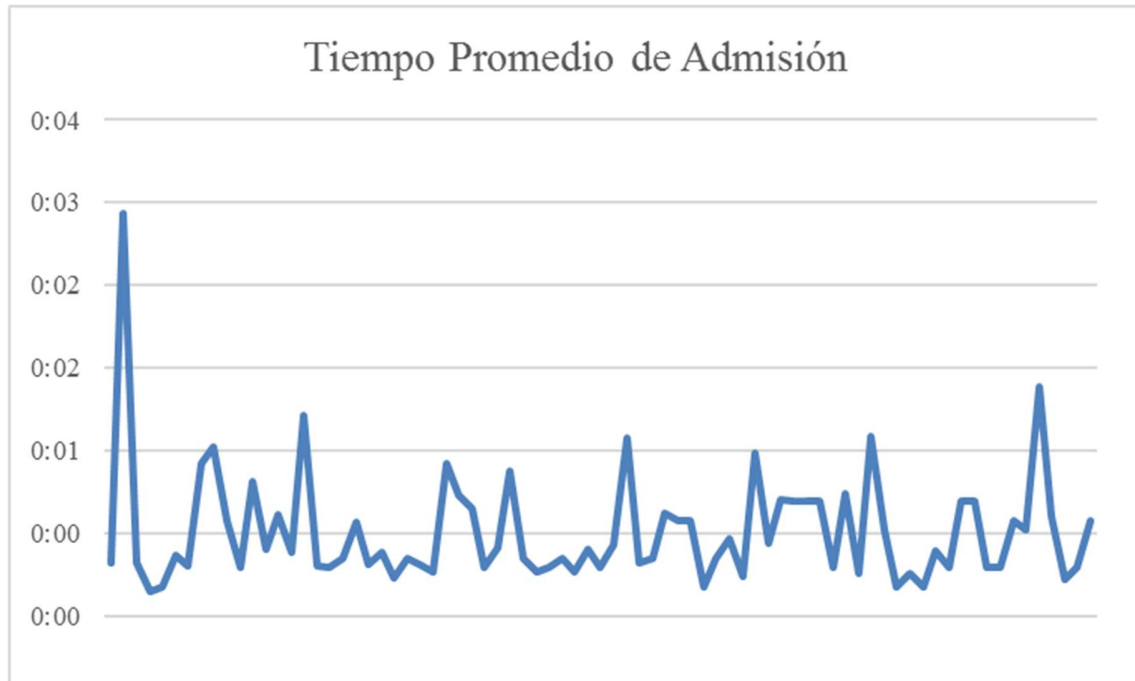
Fuente: Elaboración Propia

Tiempo Promedio de Admisión

El indicador Tiempo Promedio de Admisión, corresponde al tiempo que demora un paciente en ser recepcionado e ingresado al Sistema de Dato de Atención de Urgencia (DAU) de la Unidad de Emergencia que corresponda.



Gráfico 10: Tiempo Promedio de Admisión



Fuente: Elaboración Propia

La admisión de pacientes en la Unidad de Emergencias se encuentra unificado, es decir que, tanto para pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia Infantil, como para los pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia Adulto, deben ser sometidos al mismo proceso, en el mismo lugar físico.

El Gráfico 10, muestra el tiempo promedio observado de la duración del proceso de admisión durante una semana para distintos pacientes. Lo anterior, debido que en las Bases de Datos de la Unidad de Emergencias no existe este registro. En general, los tiempos de este proceso se muestran acotados, alcanzando un tiempo promedio de 44 segundos, con un tiempo mínimo de 13 segundos y un máximo de 3 minutos.

Con relación al desempeño de este Indicador, si bien presenta tiempos bastante bajos, en la Unidad de Emergencia no existe una meta o estándar de comparación. A lo anterior, es que se propone fijar una meta obtenida del promedio de observación del proceso.



Tabla 19: Metas propuestas Admisión

Indicador	Meta
Tiempo promedio admisión (Tiempo recaudación)	>1 min. < 3 min.

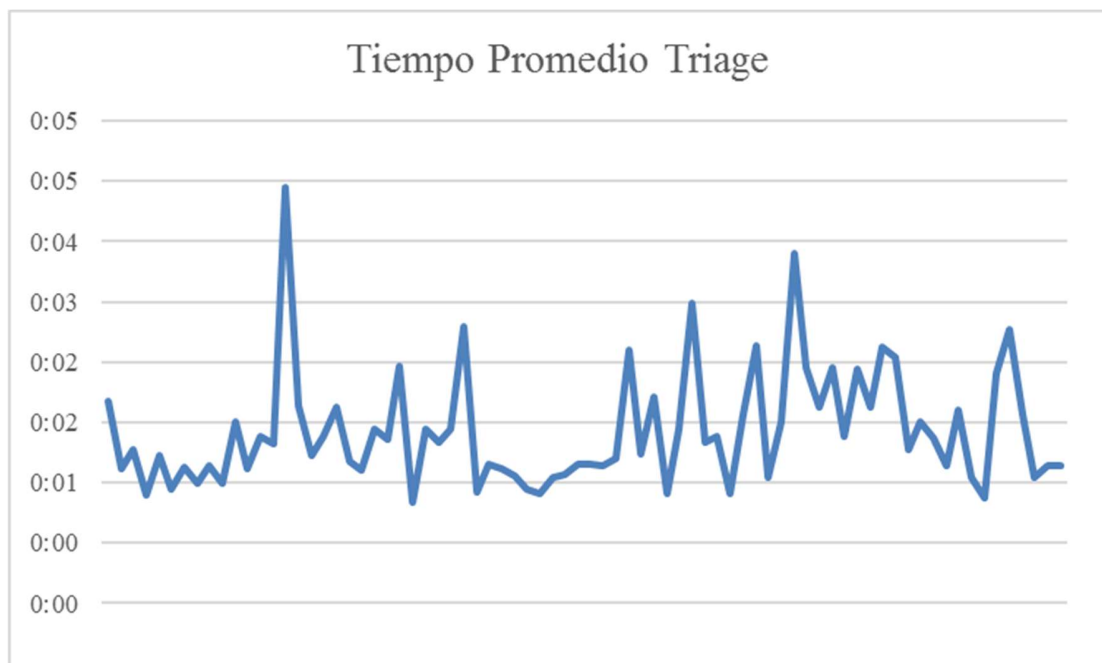
Fuente: Elaboración Propia.

En este sentido, es que la duración habitual del proceso debe realizarse entre 1 y 3 minutos desde que el paciente llega a la ventanilla de recepción, tiempos que según el periodo de observación se cumple para todos los pacientes.

Tiempo Promedio de Triage

El tiempo Promedio Triage representa el tiempo que demora el proceso de categorización del paciente.

Gráfico 11: Tiempo Promedio Triage



Fuente: Elaboración Propia.



Al igual que para el indicador anterior, este proceso se realiza de manera uniforme en la Unidad de Emergencia, sin discriminar si el paciente acude a Urgencia Infantil o Urgencia Adulto.

El Gráfico 11, muestra el tiempo promedio observado de la duración del proceso de Triage (Categorización de Pacientes) durante una semana. Lo anterior, debido que en las Bases de Datos de la Unidad de Emergencias no existe registro del proceso. En general, los tiempos de Triage se muestran acotados, alcanzando un tiempo promedio de 2 minutos, con un tiempo mínimo de 1 minuto y un tiempo máximo de 4 minutos.

Con lo que respecta al desempeño de este Indicador, si bien presenta tiempos bastante bajos, en la Unidad de Emergencia no existe una meta o estándar de comparación. A lo anterior, es que se propone fijar una meta obtenida del promedio de observación del proceso.

Tabla 20: Metas propuestas Triage

Indicador	Meta
Tiempo promedio triage	>2 min. < 5 min.

Fuente: Elaboración Propia.

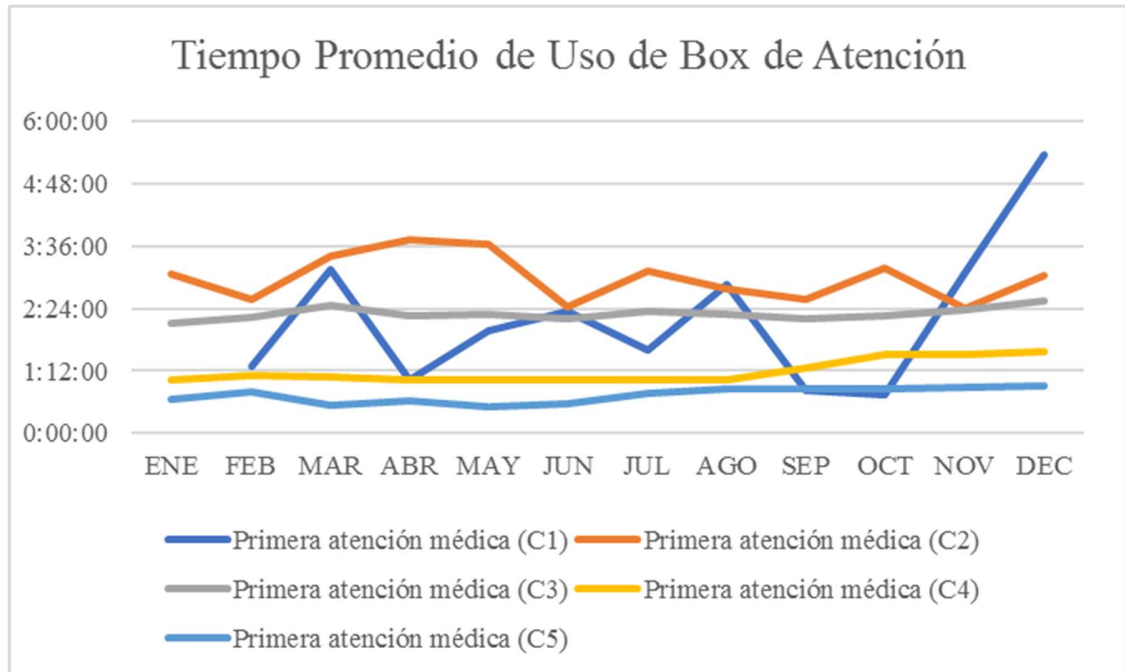
A lo anterior, es que para el periodo de observación se obtiene un cumplimiento total de la meta en relación con los pacientes participantes del estudio.

Tiempo promedio en Box

Es importante determinar cuánto es el tiempo promedio que transcurre entre que los pacientes ingresan al Box de Atención y Egresan del mismo, pudiendo así mantener una noción del tiempo que estos recursos son utilizados.



Gráfico 12: Tiempo Promedio de Uso de Box de Atención



Fuente: Elaboración Propia

En promedio, aquellos pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia Infantil, presentaron un tiempo de Uso de Box de Atención de 1 hora con 22 minutos, incluyendo a aquellos pacientes que requirieron el uso de Box de Reanimación y Box de Observación. En este sentido, es que los pacientes que se mantuvieron mayor tiempo en un Box de Atención fueron los pacientes C1, C2, C3 y C4; alcanzando un tiempo promedio de uso de 1 hora 36 minutos, mientras que los pacientes C5 sólo alcanzaron un tiempo promedio de 38 minutos de uso del Box de Atención.

En el caso de los pacientes de la Unidad de Emergencia Adulto, al igual que en la Unidad de Emergencia Infantil, los pacientes que presentaron mayor tiempo de uso de Box de Atención corresponden a los pacientes C1, C2 y C3; alcanzando un promedio de 2 horas y 55 minutos, mientras que en el caso de los pacientes C4 y C5, este tiempo alcanza a 1 hora y 5 minutos.



El Gráfico 12 representa el Tiempo de Uso de Box de Atención indistintamente del tipo de paciente (Infantil/Adulto), manteniendo la tendencia de los párrafos anteriores, cabe destacar que el Uso de Box para los pacientes C1, C2 y C3 presentan un comportamiento oscilante, debido a que la cantidad de pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia con estas características son mucho menores en comparación a los pacientes C4 y C5.

En lo que se refiere al desempeño de este Indicador, no existe por parte de la Unidad de Emergencia estándares establecidos respecto al Tiempo de Uso de Box de Atención; y considerando el tipo de servicio entregado a los pacientes, no se recomienda establecer una meta respecto del tiempo que debe permanecer un paciente en un Box. Sin embargo, es recomendable reducir el tiempo ocioso, es decir, aquel tiempo que el paciente se mantiene esperando por procedimientos u otro tipo de atención.

Tabla 21: Metas propuestas uso de Box

Indicador	Meta
Tiempo promedio en box	No Aplica

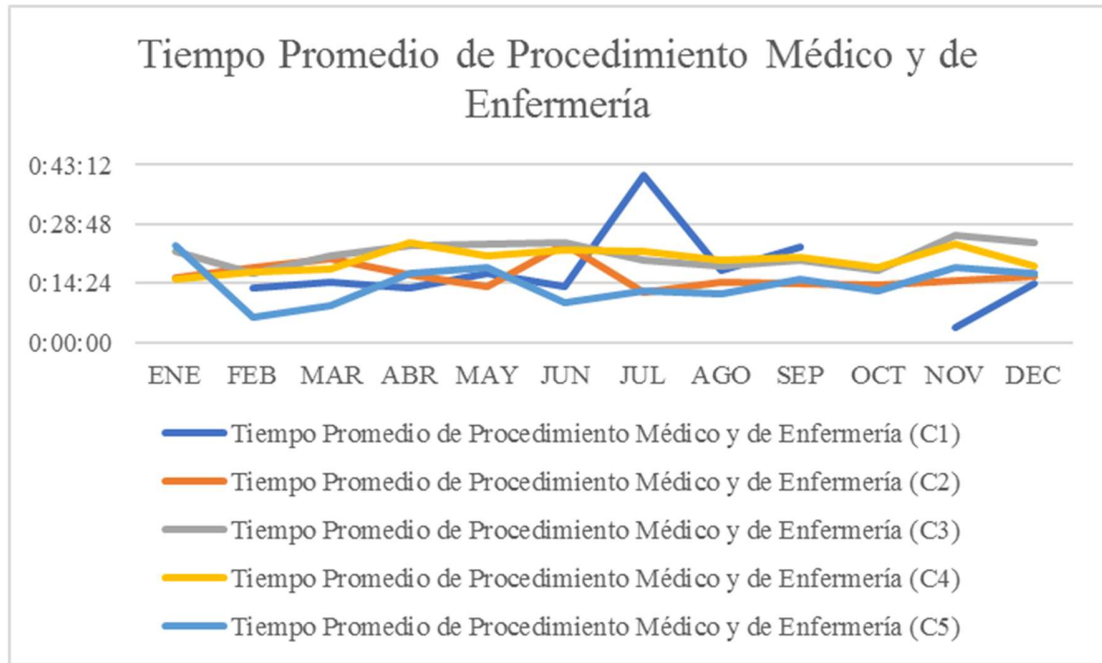
Fuente: Elaboración Propia

Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y de Enfermería

Para mejorar la condición de salud de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencias, es necesaria la realización de Procedimientos Médicos y de Enfermería, por tanto, resulta importante efectuar la medición del tiempo promedio que se destina a la ejecución de estos procedimientos.



Gráfico 13: Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y de Enfermería



Fuente: Elaboración Propia

La medición de este indicador incluye el tiempo que debe esperar el paciente desde que se solicita el Procedimiento Médico y/o de Enfermería, hasta que este inicia, por tanto, el indicador medido representa una aproximación del tiempo efectivo de duración del procedimiento.

En el caso de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia Infantil, el Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y/o de Enfermería alcanza un promedio de 16 minutos incluyendo el tiempo de espera por procedimiento presentando un comportamiento poco variable respecto a la categoría de los pacientes en cuestión.

En el caso de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia Adulto, los tiempos incrementan de manera poco significativa, alcanzando un Tiempo Promedio de Procedimiento Médico y/o de Enfermería de 19 minutos. Y al igual que en el caso de la Unidad de Emergencia Infantil, se presenta un comportamiento poco variable, indistintamente del tipo de paciente al que corresponda.



El Gráfico 13 muestra la tendencia del Tiempo Promedio de Tiempo de Procedimiento Médico y de Enfermería para la Unidad de Emergencia en su Totalidad, A lo anterior, es que se observa que el mayor Tiempo de Procedimiento Médico y de Enfermería se presenta para el mes de Julio, alcanzando un tiempo de 40 minutos. Este tiempo corresponde a pacientes C1, y considerando que se incluyen los tiempos de espera al a hora de medir este indicador, el excesivo tiempo presentado corresponde a que se debió estabilizar al paciente previo a la realización del procedimiento.

En general, el comportamiento de este indicador se presenta de manera estable, para los pacientes C1, C2, C3, C4 y C5, alcanzando un tiempo promedio de 17 minutos. Lo anterior se debe a la exigencia del sector de atención, ya que es importante la realización de procedimientos de manera oportuna en las Unidades de Emergencia.

En lo que respecta al desempeño de este Indicador, la Unidad de Emergencias no presenta un nivel de estándares establecidos y/u objetivos definidos, por lo que se sugiere definir como meta el tiempo promedio anual obtenido para cada tipo de paciente en este estudio de la siguiente manera.

Tabla 22: Metas propuestas Procedimiento médico y/o de Enfermería.

Indicador	Meta
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	>10 min. < 25 min.

Fuente: Elaboración Propia

Se propone una meta de categorización de pacientes entre 2 minuto y 5 minutos, considerando el tiempo promedio de duración del proceso indistintamente del tipo de paciente al que corresponda. Cabe destacar que el tiempo dependerá directamente el tipo de procedimiento a realizar; sin embargo, para el periodo de estudio existe un alto nivel de cumplimiento para la meta establecida de este tipo de procedimientos.



Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo

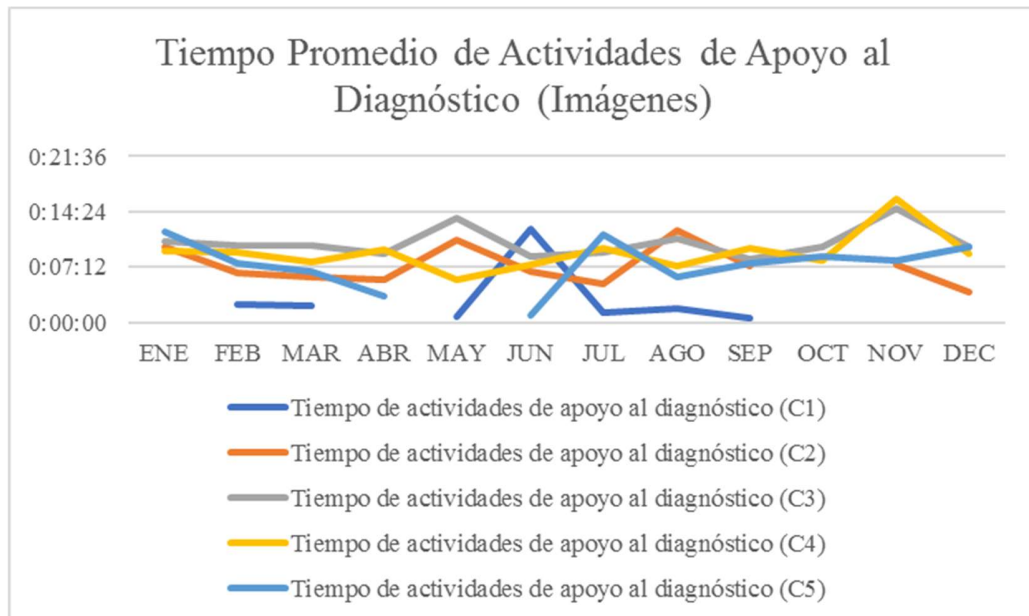
En el caso de las actividades de apoyo, al diagnóstico, estas corresponden a exámenes de imágenes y laboratorio, los cuales fueron medidos de manera separada.

- *Imágenes*

Indistintamente de que este proceso se lleva a cabo en una unidad externa a la Unidad de Emergencia, es importante medir el Tiempo de las Actividad de Apoyo correspondiente a Imágenes, considerando que la realización de exámenes de esta categoría resulta vital para el paciente.

En el caso de los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia Infantil y requirieron la realización de Toma de Imágenes, el tiempo promedio de duración de esta actividad alcanza los 8 minutos aproximadamente, al igual que en el caso de los pacientes que asistieron a la Unidad de Emergencia Adulta.

Gráfico 14: Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes)



Fuente: Elaboración Propia



A lo anterior, es que en el Gráfico 14 se observa el Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico relacionados a la Toma de Imágenes, obteniendo una visión general de la Unidad de Emergencias. En este sentido es que el comportamiento de este proceso no varía significativamente dependiendo del tipo de paciente, si no de la Actividad de Apoyo a realizar, refiriéndose a Rx, Tac, Scanner, entre otros; presentando tiempos de duración del proceso que varían entre 1 y 16 minutos, cumpliendo con la meta propuesta para el procedimiento.

Tabla 23: Metas propuestas Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes)

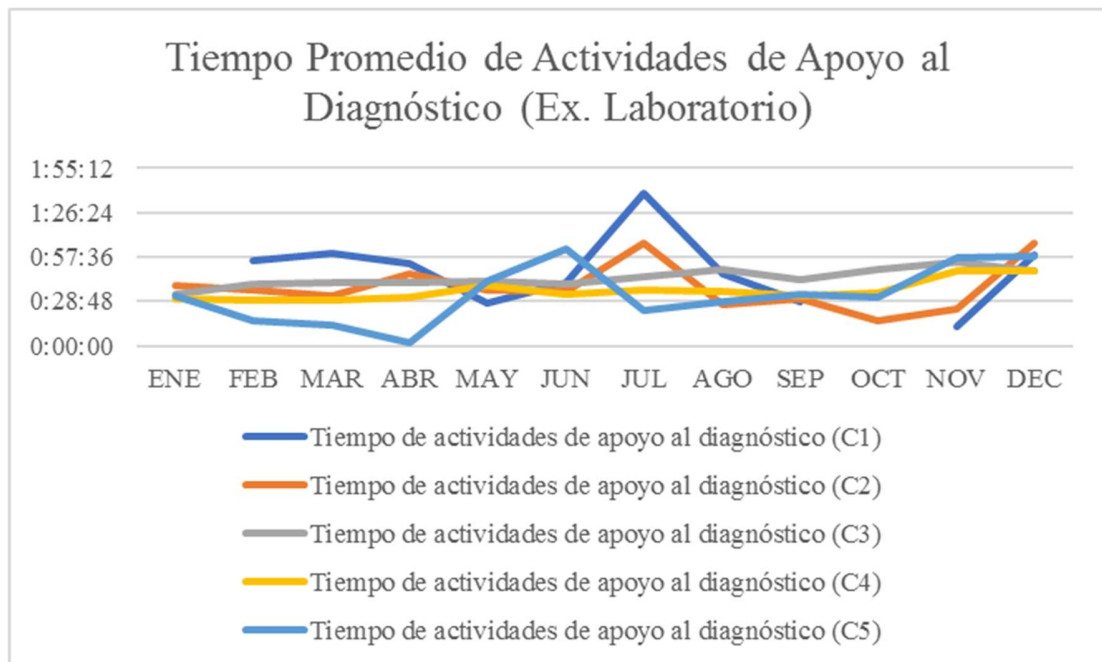
Indicador	Meta
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	>5 min. < 20 min.

Fuente: Elaboración Propia



- Exámenes de Laboratorio

Gráfico 15: Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Exámenes de Laboratorio)



Fuente: Elaboración Propia.

La medición del Indicador de Actividades de Apoyo al Diagnóstico para Exámenes de Laboratorio, incluye los tiempos que debe esperar el paciente para iniciar el procedimiento. Sin embargo, no se puede obtener un “tiempo estándar” ya que el tiempo de cada examen depende del tipo de muestra solicitado.

En lo que respecta a los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia Infantil, estos presentan un tiempo promedio de duración de Actividades de Apoyo al Diagnóstico de 37 minutos.

Mientras que respecto a los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia Adulto, los tiempos no difieren significativamente, presentando un tiempo promedio de duración del proceso de 40 minutos.



El Gráfico 15, muestra el comportamiento del Tiempo Promedio de Actividades de Apoyo al Diagnóstico correspondientes a Exámenes de Laboratorio, considerando que estos tiempos contienen el tiempo de espera por el inicio del procedimiento. Sin embargo, la tendencia presentada por los tiempos de Actividades de Apoyo es bastante uniforme; lo anterior se debe a que los tiempos dependen el tipo de actividad a realizar y no del tipo de paciente.

En lo que respecta a la Evaluación del Desempeño de la Unidad, no existe un estándar de tiempo determinado para cada actividad, a lo anterior, es que se sugiere como meta la utilización del tiempo promedio anual de las Actividades de Apoyo asociadas, sin considerar el tiempo de espera asociado.

Indicador	Meta
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)	> 10 min. < 20 min.

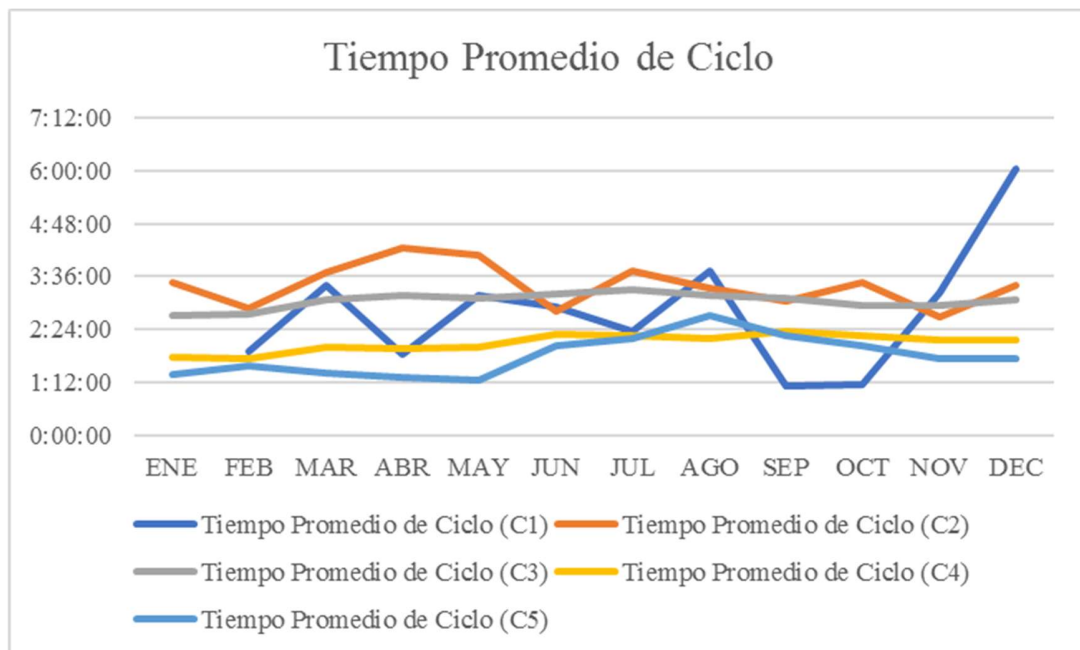
Se propone una meta de Exámenes de Laboratorio entre 10 minutos y 20 minutos, considerando que este tiempo dependerá del tipo de muestra solicitada por el médico responsable del paciente y no su categorización. La meta se establece en relación a los tiempos observados, por lo que en su mayoría, los datos presentados no presentan cumplimiento respecto a la meta establecida.



Tiempo Promedio de Ciclo

El Tiempo Promedio de Ciclo representa el tiempo que transcurre desde que el paciente ingresa a la Unidad de Emergencias hasta que se retira efectivamente del recinto.

Gráfico 16: Tiempo Promedio de Ciclo de Paciente



Fuente: Elaboración Propia.

En el caso de los pacientes de la Unidad de Emergencia Infantil el Tiempo Promedio de Ciclo corresponde a 2 horas y 8 minutos, registrando entre los meses de Junio y Septiembre los tiempos más altos en pacientes C2, ascendentes a 4 horas y 12 minutos.

A diferencia de la Unidad de Emergencia Infantil, el comportamiento del Tiempo Promedio de Ciclo es más estable en la Unidad de Emergencia Adulto en relación a la estacionalidad. No obstante, presenta tiempos muchos más altos, con un tiempo promedio de 2 horas y 7 minutos, siendo los pacientes C1 y C2 quienes reportan mayores tiempos de ciclo de 6 horas y 5 horas respectivamente.



El gráfico 16 muestra el comportamiento del Tiempo Promedio de Ciclo de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia, donde se puede apreciar que el Tiempo Promedio de Ciclo de pacientes se relaciona directamente con el tipo de clasificación de Triage que mantienen. Lo anterior, hace referencia a que los pacientes que presentan un mayor Tiempo Promedio de Ciclo corresponden a pacientes C1 y C2, seguidos por los pacientes C3, C4 y C5; obteniendo un tiempo equivalente a 2 horas y 37 minutos.

En lo que respecta a la Evaluación del Desempeño, la Unidad de Emergencias no cuenta con una meta objetivo-establecida. Sin embargo, según estudios previos se propone que el tiempo promedio de ciclo de paciente no puede exceder los 142 minutos¹⁹.

En este sentido se presenta un incumplimiento del Indicador, excediendo el Tiempo Promedio del paciente en 15 minutos. Sin embargo, se considera un desajuste poco significativo, considerando que en el mes de Diciembre se mantuvo un paciente C1 durante 6 horas y 2 minutos siendo asistido en la Unidad de Emergencias.

Tiempo Promedio de Atención Médica

El tiempo Promedio de Atención Médica, representa el tiempo que transcurre desde que el médico asigna la atención del paciente en el sistema y entrega el alta clínica, indicado el tiempo durante el cual el médico es responsable de la atención del paciente.

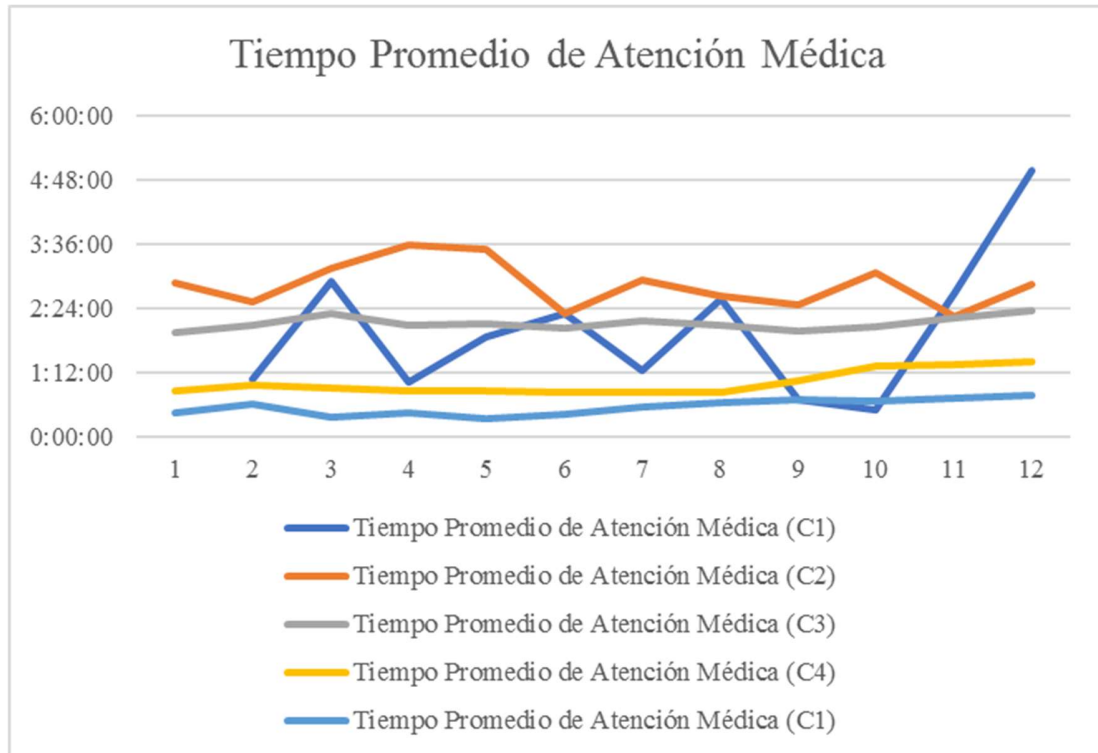
En el caso de los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencias Infantil, el tiempo promedio que presenta un médico asignado a un paciente es de 1 hora y 13 minutos, concentrando el mayor tiempo de asignación en pacientes C1, C2 y C3; lo cual se considera consistente, debido a la condición de salud de este tipo de pacientes.

En lo que respecta al Unidad de Emergencias Adulto, el comportamiento de este Indicador es similar, concentrando el mayor tiempo de asignación de médicos en pacientes C1, C2 y C3.

¹⁹ Extraído de “Modelo de Medición del Desempeño en Unidades de Urgencias”



Gráfico 17: Tiempo Promedio de Atención Médica



Fuente: Elaboración Propia

Al momento de evaluar el comportamiento de este Indicador, unificando el desempeño de la Unidad de Emergencias, es que dado que el comportamiento de la Unidad de Emergencia Adulto y la Unidad de Emergencia Infantil, son similares, se presenta la misma tendencia evaluando a la unidad de manera general, obteniendo que los pacientes que conllevan durante mayor tiempo la responsabilidad de un médico durante su atención son los pacientes de categorías C1, C2 y C3; fundamentando lo anterior en la condición de salud de este tipo de pacientes.

La Unidad de Emergencia no presenta un estándar que determine el tiempo de asignación que debe mantener un médico con el paciente, tampoco se sugiere hacerlo debido que esto dependerá del caso clínico de cada paciente.



Tabla 24: Metas propuestas Atención Médica

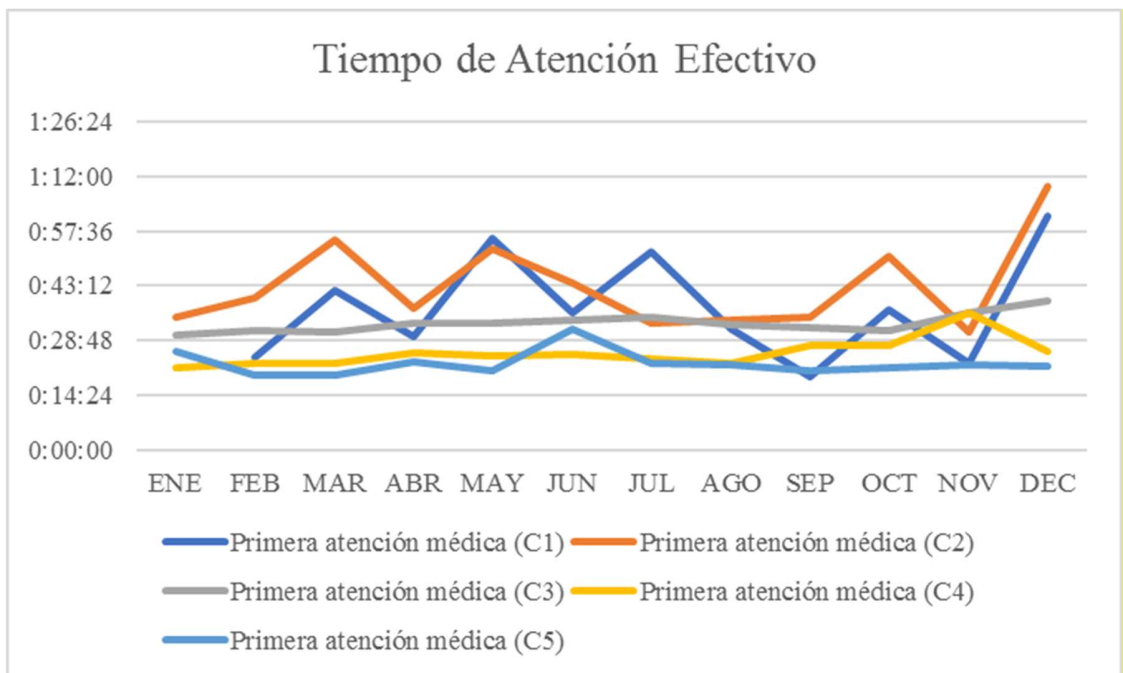
Indicador	Meta
Tiempo promedio de atención médica	No Aplica

Fuente: Elaboración Propia.

Tiempo de Atención Médica Efectivo

Este indicador representa el tiempo en el que efectivamente al paciente se le ha realizado un procedimiento médico o ha sido atendido durante su permanencia en la Unidad de Emergencias.

Gráfico 18: Tiempo de Atención Efectivo



Fuente: Elaboración Propia



En lo que respecta a los pacientes que asistieron a la Unidad de Emergencia Infantil, estos presentan un Tiempo de Atención Efectivo similar en las categorías de pacientes C3, C4 y C5; obteniendo un tiempo promedio de 27 minutos. Mientras que los mayores tiempos de atención se registran en pacientes C1 y C2 quienes en promedio requirieron atención efectiva durante 44 minutos.

Un comportamiento similar al descrito en el párrafo anterior mantienen los pacientes que asistieron a la Unidad de Emergencia Adulto, siendo los pacientes C1 y C2 quienes registran los mayores tiempos de atención, siendo consistente con la condición de salud de este tipo de pacientes, mientras que los pacientes C3, C4 y C5 presentan un tiempo de atención más acotado.

El Gráfico 18 representa el comportamiento de la Unidad de Emergencia de manera general, presentando un comportamiento consistente con lo descrito en la Unidad de Emergencia Infantil y Adulto respectivamente.

La Unidad de Emergencia no presenta un estándar que determine el de atención requerido para la realización de procedimientos u otro tipo de atención, tampoco se sugiere hacerlo debido que esto dependerá del caso clínico de cada paciente.

Tabla 25: Meta propuesta Atención Médica Efectiva.

Indicador	Meta
Tiempo promedio de atención médica efectivo	No Aplica

Fuente: Elaboración Propia.

4.1.2 Indicadores de Calidad

Con la información proporcionada por los expertos que participaron en las reuniones para efectuar la Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias, de las cuales se pudo conseguir la información necesaria para medir el 62% de los Indicadores de Calidad en su



división Errores, un 100% en su división Cumplimiento de Estándares y un 23% en su división Satisfacción.

4.1.2.1 Errores

De los 13 Indicadores correspondientes a Errores, sólo se pudo efectuar medición para 9 Indicadores, correspondientes a:

- (i) Tasa de Errores Informados en Procedimiento Médico y de Enfermería,
- (ii) Tasa de Errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico,
- (iii) Tasa de Cambio en Diagnósticos,
- (iv) Tasa de Reconsulta de Pacientes,
- (v) Tasa de Infecciones Intrahospitalarias,
- (vi) Tasa de Eventos Centinelas,
- (vii) Tasa de Accidentes,
- (viii) Tasa de Errores en Medicación,
- (ix) Tasa de Hospitalización no Pertinente,

Los indicadores restantes no presentaron información para ser medidos:

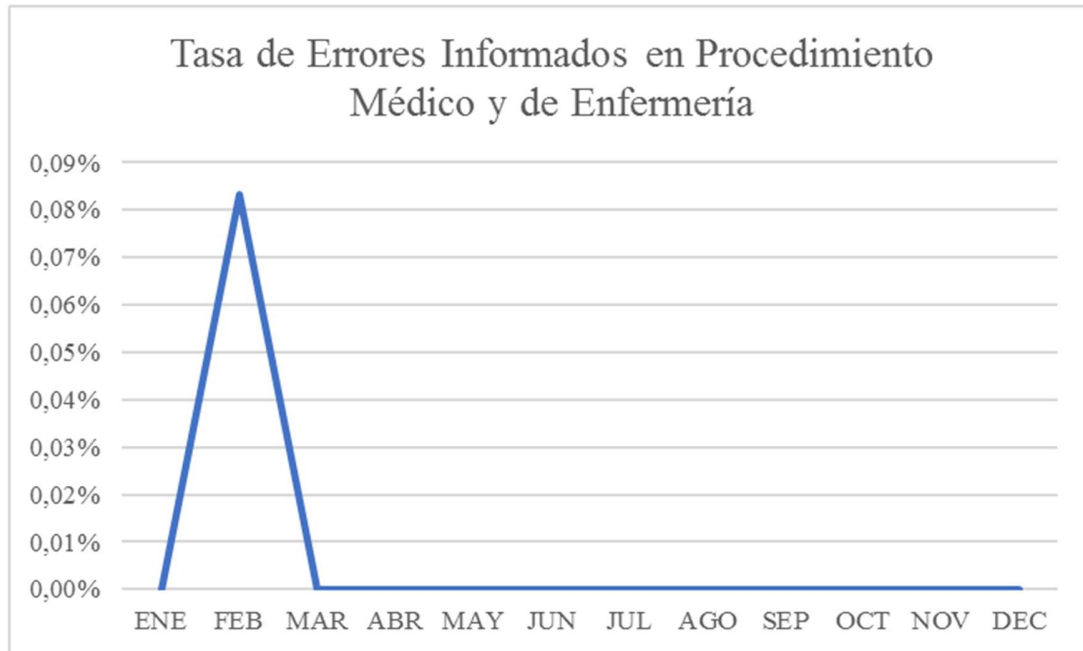
- (i) Tasa de Llamadas a Interconsultor sin Respuesta,
- (ii) Tasa de Complicaciones Médicas, y
- (iii) Tasa de Pertinencia de Derivación de Accidentes Escolares.

Tasa de Errores Informados en Procedimiento Médico y de Enfermería

Es importante determinar el nivel de errores ocurridos al momento de realizar Procedimientos Médicos y de Enfermería, considerando que una mala ejecución de los mismos puede traer consecuencias vitales para el paciente.



Gráfico 19: Tasa de Errores Informados en Procedimiento Médico y de Enfermería



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 19 muestra el comportamiento de los errores ocurridos en la Unidad de Emergencias durante el año 2016. A lo anterior, es que se presentan errores ocurridos únicamente en el mes de Febrero, alcanzando una tasa del 0,83% sobre el total de los procedimientos realizados en la unidad para ese mes en particular.

Para el caso de este indicador, considerando la importancia que tiene la actividad sobre la vida del paciente, y el bajo nivel de errores registrados en la Unidad de Emergencias considerando que no existe una meta establecida se propone lo siguiente:

Indicador	Meta
Tasa de errores informados en procedimiento médico y de enfermería	$\leq 0,01\%$

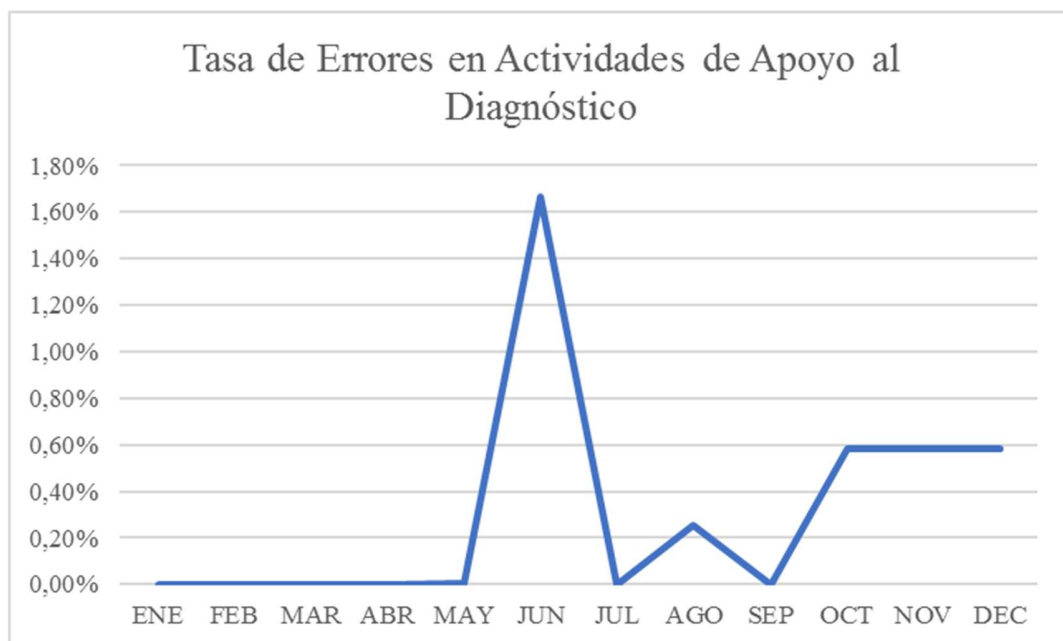


Se establece una meta de errores en Procedimiento Médico y de Enfermería igual o inferior al 0,01%, considerando el valor promedio anual obtenido de la medición del indicador y la adhesión a guías clínicas de procedimientos por parte del personal clínico. No obstante, este indicador denota un claro incumplimiento de la meta propuesta durante el mes de febrero.

Tasa de Errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico

La realización de Actividades en las Unidades de Emergencia son fundamentales para determinar el diagnóstico del paciente. A lo anterior, es que un error en la realización de las Actividades de Apoyo puede afectar la determinación del Diagnóstico del paciente, por lo que resulta importante, mantener conocimiento de la cantidad de errores cometidos.

Gráfico 20: Tasa de Errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico



Fuente: Elaboración Propia.



El Gráfico 20, presenta la tendencia de los errores cometidos en Actividades de Apoyo al Diagnóstico ocurridas entre los meses de Enero y Diciembre del año 2016. A lo anterior, es que si bien la tasa más alta presentada corresponde a un 1,8% sobre la base del total de Actividades de Apoyo realizadas, los errores en las Actividades de Apoyo al Diagnóstico se incrementan posterior al mes de Junio.

Considerando la importancia que tiene la actividad sobre la vida del paciente, el bajo nivel de errores registrados en la Unidad de Emergencias y considerando que no existe una meta establecida, se propone lo siguiente:

Indicador	Meta
Tasa de errores en actividades de apoyo al diagnóstico (solicitud de exámenes, en resultados, manipulación de muestra, otros)	$\leq 0,03\%$

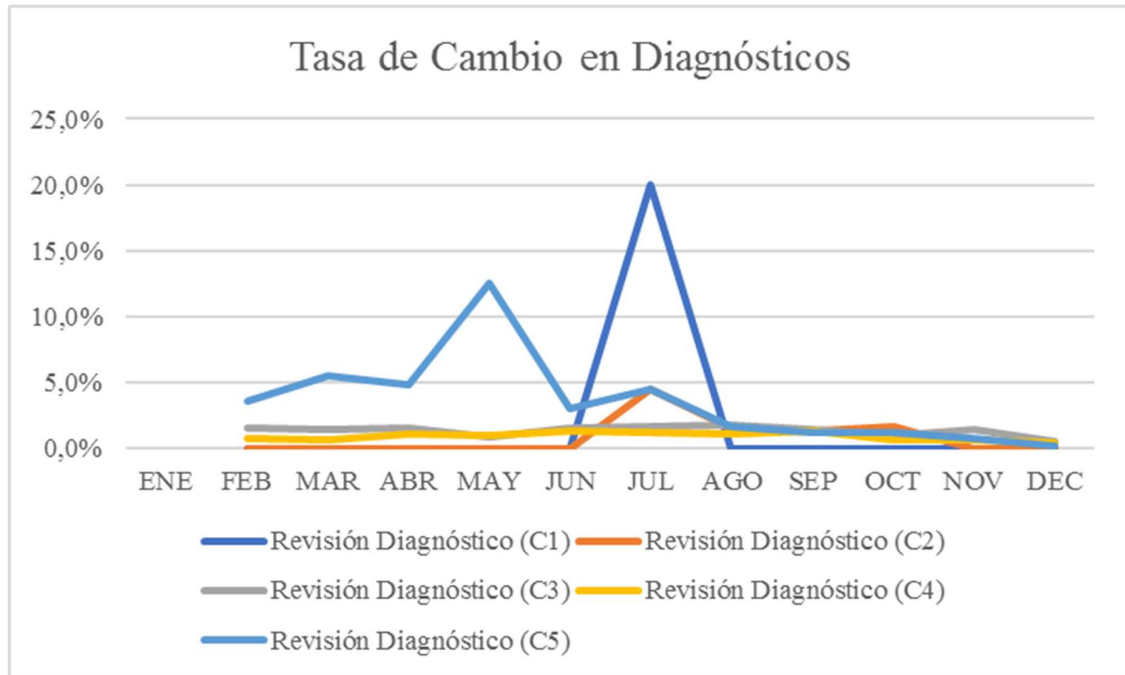
Se establece una meta de errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico igual o inferior al 0,03%, considerando el valor promedio anual obtenido de la medición del indicador y la adhesión a guías clínicas de procedimientos por parte del personal clínico. No obstante, para los meses de Junio, Agosto, Noviembre y Diciembre; se presenta un alto nivel de incumplimiento de la meta propuesta.

Tasa de Cambio en Diagnósticos

Resulta importante determinar la Tasa de Cambio en los Diagnósticos de aquellos pacientes que reconsultan a la Unidad de Emergencias en un periodo igual o menor a 72 horas, por una patología igual o similar a la mantenida durante la primera vista a la Unidad de Emergencias. Debido que si existe un cambio en el diagnóstico, implica que el diagnóstico entregado en primera instancia entregado en primera instancia no correspondía a la patología presentada



Gráfico 21: Tasa de Cambio en Diagnósticos



Fuente: Elaboración Propia

Para aquellos pacientes que asistieron a la Unidad de Emergencia Infantil, la Tasa de Cambio en Diagnósticos más alta registrada, se presentó durante el mes de Mayo para pacientes C5, alcanzando un 14%. Lo anterior se fundamenta en que aquellos pacientes menos graves, presentan menor sintomatología, por tanto, su diagnóstico puede evolucionar en días posteriores. La segunda tasa más alta registrada corresponde a pacientes C2, con una tasa del 9%. En lo que respecta a los pacientes C3 y C4, el cambio en diagnósticos presenta un comportamiento mucho más constante; sin embargo, no superan el 3%. Respecto a los pacientes C1 no hay registro de cambios en diagnósticos.

En relación a la Tasa de Cambio en Diagnósticos para aquellos pacientes que reconsultan en la Unidad de Emergencia Adulto, en el mes de Julio, son los pacientes C1 quienes presentan un mayor porcentaje de cambio en sus diagnósticos, alcanzando un promedio de 20%. En el caso de los pacientes C2, durante los meses de Agosto y Septiembre bordean un 3%, siendo la tasa más alta registrada un 3,22%. En el caso de los pacientes C3 y C4,



estos no superan de un 2%, mientras que los pacientes C5 presentan la tasa más alta de cambio en diagnóstico entre los meses de Febrero y Agosto promediando un 9% durante estos meses.

En este sentido, es que el Gráfico 21, muestra el comportamiento de la Tasa de Cambio en Diagnósticos para aquellos pacientes que reconsultan en un periodo menor o igual a 72 horas, presentando su mayor concentración en pacientes C1 y C5.

En la Unidad de Emergencias no existe una meta u objetivo definido para este indicador, por lo cual se recomienda fijar como meta, valores menores al promedio obtenido de la medición de Indicadores en este Estudio:

Tabla 26: Metas propuestas Cambio en Diagnósticos

Indicador	Meta
Tasa de cambio en diagnósticos (C1)	>0% <20%
Tasa de cambio en diagnósticos (C2)	>0% <3,4%
Tasa de cambio en diagnósticos (C3)	>0% <1,4%
Tasa de cambio en diagnósticos (C4)	>0% <0,9%
Tasa de cambio en diagnósticos (C5)	>0% <3,6%

Fuente: Elaboración Propia.

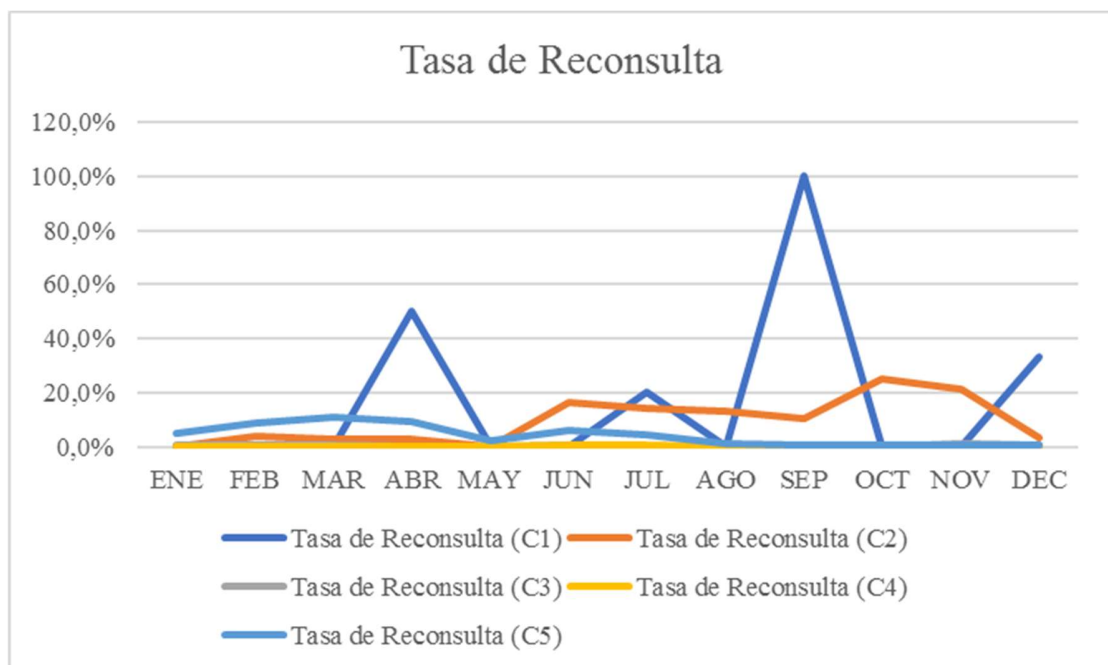
La meta propuesta para la Tasa de Cambio en Diagnóstico, idealmente el cambio en diagnósticos de los pacientes que reconsultan no varíe. No obstante, considerando que esta situación es difícil de mitigar, el mayor incumplimiento sobre la meta establecida se presenta para pacientes C1 y C5 en campaña de invierno. Periodo en el cual frecuentemente se complica la condición de los pacientes.



Tasa de Reconsulta de Pacientes

Resulta importante determinar la Tasa de Pacientes que recurren a la Unidad de Emergencias por un periodo inferior a 72 horas, por una patología igual o similar a la mantenida durante la primera vista a la Unidad de Emergencias. Lo anterior, debido que si el paciente Reconsulta a la Unidad de Emergencias implica que el tratamiento entregado en primera instancia no correspondía a la patología presentada.

Gráfico 22: Tasa de Reconsulta



Fuente: Elaboración Propia.

En la Unidad de Emergencia Infantil, los pacientes que presentan una mayor Tasa de Reconsulta, corresponden a los pacientes C1, con un 100% para el mes de Septiembre, mientras que para los pacientes C2 pacientes, el promedio anual de Reconsulta asciende a un 29,1% sobre la base del total de pacientes atendidos durante el periodo. En el caso de los pacientes C3, C4 y C5 el comportamiento es constante y bajo, alcanzando un 0,2% y 0,3% respectivamente.



En el caso de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia Adulto, el mayor nivel de Tasa de Reconsulta se registra para los pacientes C1 entre los meses de Abril y Agosto alcanzando un promedio de 50,8% durante estos meses, seguidos por los pacientes C2, quienes durante los meses de Agosto y Septiembre promedian una tasa de Reconsulta del 11,4%, seguidos por los pacientes C5 con un 4,8%. Las categorías C3 y C4 presentan un comportamiento similar y poco variable, obteniendo un promedio anual del 0,4%,

El Gráfico 22, muestra el comportamiento promedio de los pacientes que Reconsultaron en ambas Unidades de Emergencia; a lo anterior, es que se refleja la consistencia de lo descrito en los párrafos anteriores, siendo en ambos casos los pacientes C1, quienes presentan una mayor Tasa de Reconsulta en un periodo igual o menor a 72 horas, seguidos por los pacientes C2, C5, C3 y C4, alcanzando un promedio de Reconsulta total del 7,6% en la Unidad de Emergencia.

En la Unidad de Emergencias no existe una meta u objetivo definido para este indicador, por lo cual se recomienda fijar como meta, valores menores al promedio obtenido de la medición de Indicadores en este Estudio:

Tabla 27: Metas propuestas Tasa de Reconsulta

Indicador	Meta
Tasa de reconsulta de pacientes (C1)	>0% <51%
Tasa de reconsulta de pacientes (C2)	>0% <11%
Tasa de reconsulta de pacientes (C3)	>0% <0,5%
Tasa de reconsulta de pacientes (C4)	>0% <0,4%
Tasa de reconsulta de pacientes (C5)	>0% <4,2%

Fuente: Elaboración Propia.

La meta propuesta para la Tasa de Reconsulta depende de la cantidad de pacientes que acuden a la Unidad de Emergencias en relación a sus categorías de atención, a lo anterior, es que se espera que no existan pacientes que reconsulten por la misma patología en un

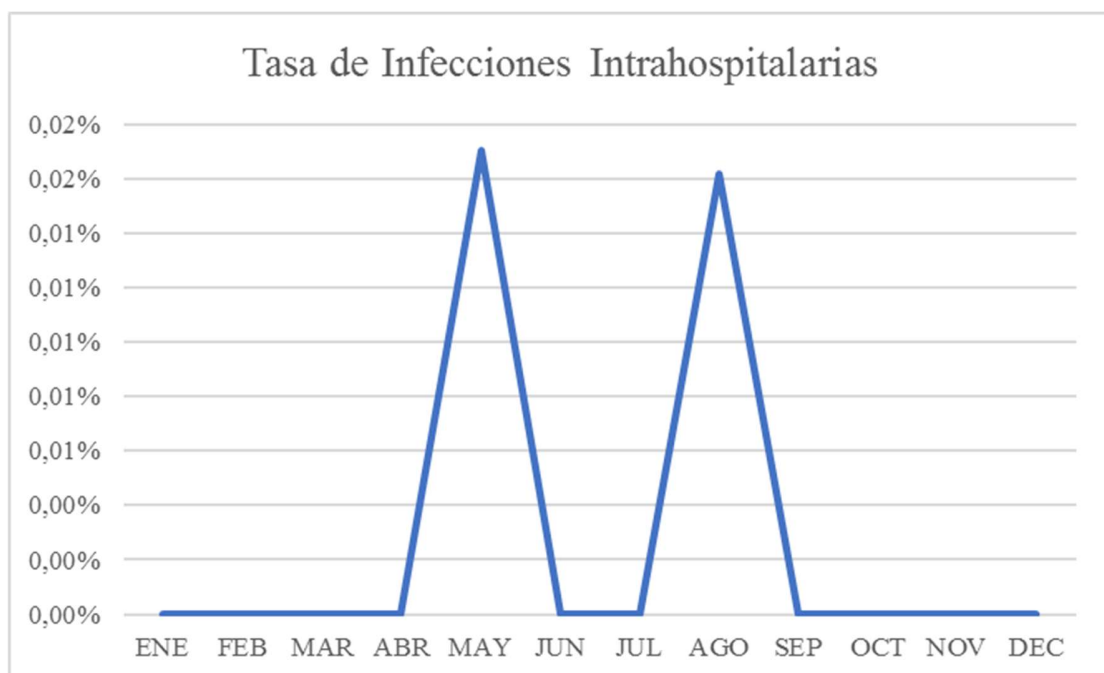


periodo menor a 72 horas. No obstante, considerando que esta situación es difícil de mitigar, la meta asciende al promedio anual obtenido durante el periodo de medición para cada categoría de pacientes, en donde el mayor registro de incumplimiento de la meta, se relaciona con los pacientes C1 y C2.

Tasa de Infecciones Intrahospitalarias

Debido a la considerable cantidad de pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia y las distintas patologías presentadas, es que el personal clínico debe mantener especial cuidado en el tratamiento con los pacientes en cuanto a limpieza, higiene y aislamiento, de ser necesario, ya que puede propagar infecciones al resto de los pacientes.

Gráfico 23: Tasa de Infecciones Intrahospitalarias



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 23, muestra el comportamiento de las Infecciones Intrahospitalarias contraídas por los pacientes durante el periodo 2016. A lo anterior, es que los valores más altos



alcanzados corresponden a los meses Mayo y Agosto, con tasas del 0,03% y 0,02% respectivamente sobre la base del total de pacientes atendidos.

Si bien la Unidad de Emergencia no posee una meta u objetivo definido para este indicador, se recomienda mantenerlos en valores iguales a cero y no superiores al promedio anual obtenido, considerando que este tipo de infecciones tienen alta probabilidad de haber sido contraídas por faltas al protocolo de higiene. Sin embargo, el mayor registro de incumplimiento de este indicador se registra en los meses de Mayo y Agosto con un 0,02% para ambos periodos.

Tabla 28: Metas propuestas Infecciones Intrahospitalarias

Indicador	Meta
Tasa de Infecciones intrahospitalarias	>0% <0,003%

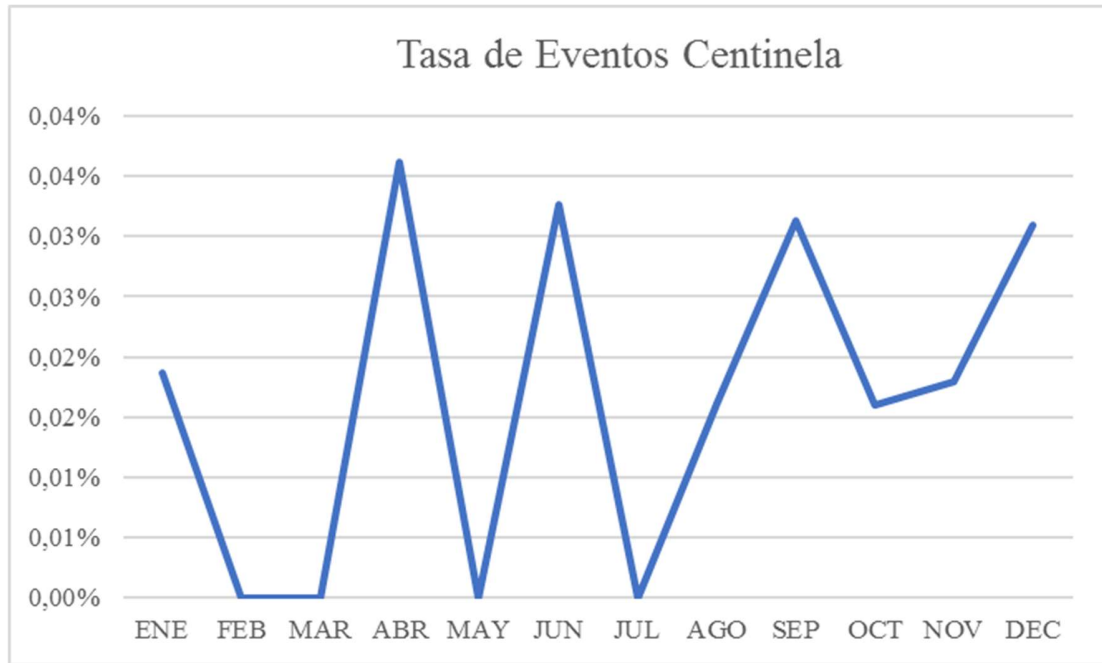
Fuente: Elaboración Propia

Tasa Eventos Centinela

Resulta importante realizar la medición de este indicador, ya que corresponde a la ocurrencia de sucesos inesperados que atentan contra la salud del paciente.



Gráfico 24: Tasa de Eventos Centinela



Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico 24 se observa el comportamiento de los Eventos Centinela ocurridos en la Unidad de Emergencias durante el periodo 2016, alcanzando un promedio del 0,02% para el periodo, registrando los valores más altos en los meses de Abril, Junio, Septiembre y Diciembre con un 0,04%, 0,03%, 0,3% y 0,3% respectivamente, sobre la base del total de pacientes atendidos.

La Unidad de Emergencias no presenta una meta u objetivo respecto de este indicador; sin embargo, se recomienda mantenerlo en niveles iguales a cero o menores al promedio anual obtenido en este estudio.



Tabla 29: Metas propuestas Eventos Centinela

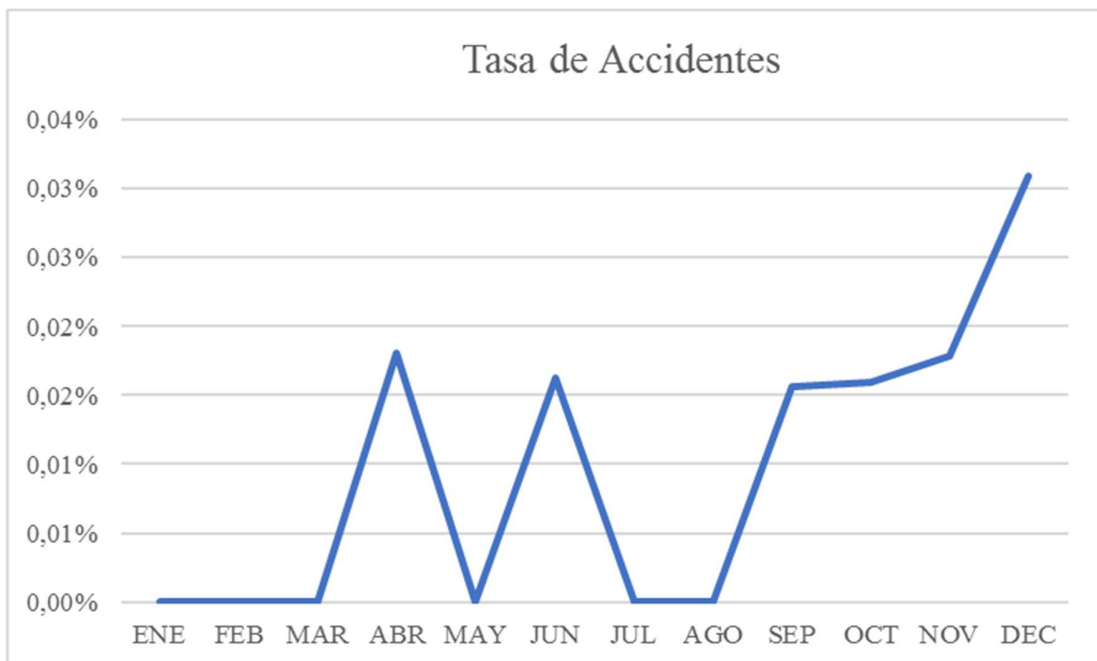
Indicador	Meta
Tasa de eventos centinelas	>0% <0,02%

Fuente: Elaboración Propia.

Tasa de Accidentes

La Unidad de Emergencias al velar por la salud de sus pacientes, implica también que debe procurar por guardar su seguridad. A lo anterior, es que resulta importante medir la Tasa de Accidentes ocurridos a pacientes mientras permanecen en la Unidad de Emergencias.

Gráfico 25: Tasa de Accidentes



Fuente: Elaboración Propia



En el Gráfico 25, se observa el comportamiento de los accidentes registrados en la Unidad de Emergencia, donde los meses de máximo registro de accidentes corresponden a los meses de Abril, Junio, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre, aumentando considerablemente en los últimos cuatro meses, alcanzando un promedio del 0,02% sobre la base del total de pacientes atendidos.

La Unidad de Emergencias no presenta una meta u objetivo respecto de este indicador; sin embargo, se recomienda mantenerlo en niveles iguales a cero o menores al promedio anual obtenido en este estudio:

Tabla 30: Metas propuestas Accidentes

Indicador	Meta
Tasa de accidentes	>0% <0,01%

Fuente: Elaboración Propia.

Los meses de mayor registro de incumplimiento de esta meta, corresponde a los meses de Abril, Junio, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre, superando el máximo rango de accidentes.

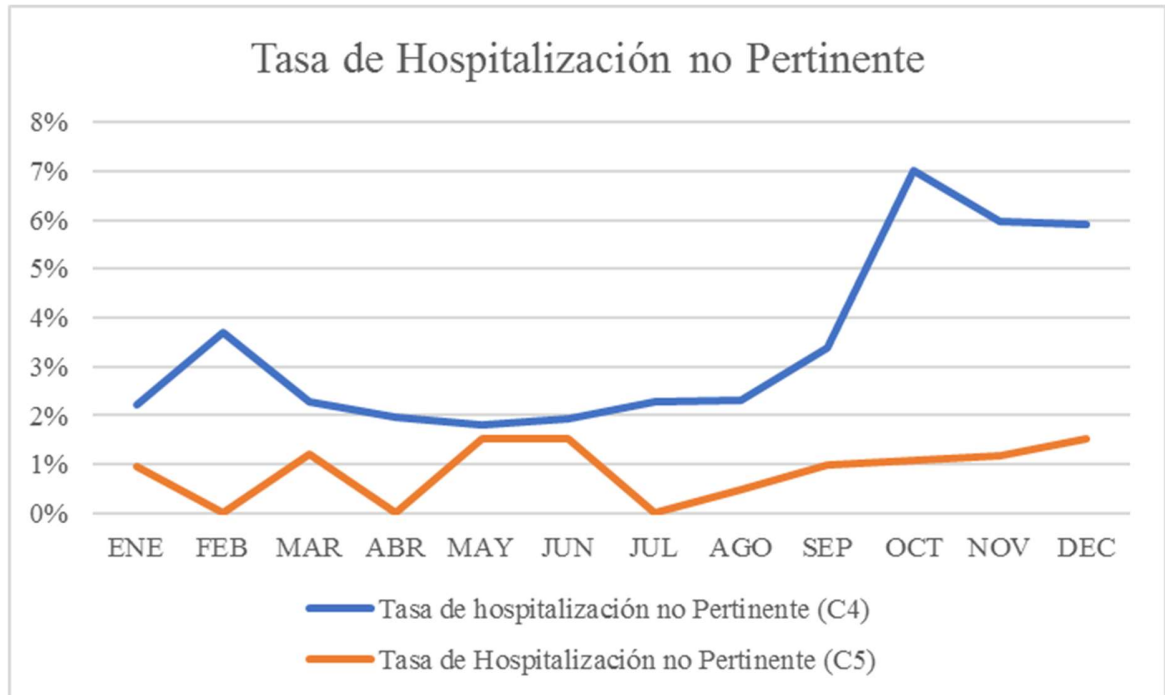
Tasa de Hospitalización no Pertinente

Los pacientes categorizados como C4 y C5, corresponde a aquellos pacientes menos graves y se estima que sólo requieren atención ambulatoria. No obstante, existen pacientes de esta categoría que debido a complicaciones de su estado de salud deben ser hospitalizados.

En este sentido es que resulta importante determinar la aproximación de pacientes que a pesar de una categorización de menor gravedad han debido ser hospitalizados.



Gráfico 26: Tasa de Hospitalización no Pertinente



Fuente: Elaboración Propia

Respecto a los pacientes que acudieron a la Unidad de Emergencia Infantil, la Tasa de Hospitalización no Pertinente más alta se registró para los pacientes C5. Mientras que, en la Unidad de Emergencia Adulto, durante los meses de Mayo y Junio la mayor Tasa de Hospitalización no Pertinente se registra para los pacientes C4 y para los meses restantes se mantiene la tendencia para los pacientes C5.

El Gráfico 26 muestra el promedio del comportamiento de la Tasa de Hospitalización no Pertinente para ambos Servicios de Emergencia, donde se mantiene la tendencia de alza para los pacientes C5, sobre todo durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre.

Si bien, no existe una meta establecida por la Unidad de Emergencia para este indicador, se propone una meta promedio recogida del periodo en estudio.



Tabla 31: Metas propuestas Hospitalización no Pertinente

Indicador	Meta
Tasa de hospitalización no pertinente	>0% <0,1%

Fuente: Elaboración Propia.

Se establece una meta de Hospitalización no Pertinente igual o inferior al 0,1%, considerando el valor promedio máximo anual obtenido de la medición del indicador. Sin embargo, sólo se registra cumplimiento de la meta para este indicador durante los meses de Febrero, Abril y Julio; siendo evaluados pacientes C4 y C5.

4.1.2.2 Cumplimiento de Estándares

De los 4 Indicadores correspondientes a Cumplimiento de Estándares, sólo se pudo efectuar medición para 3 Indicadores, correspondientes a:

- (i) Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de Atención de Acuerdo con la Clasificación de Triage,
- (ii) Existencia de Protocolos en la Unidad, y
- (iii) Obtención de certificaciones de Calidad o Certificación de Calidad en Vigencia.

El indicador restante no presenta información para ser medido:

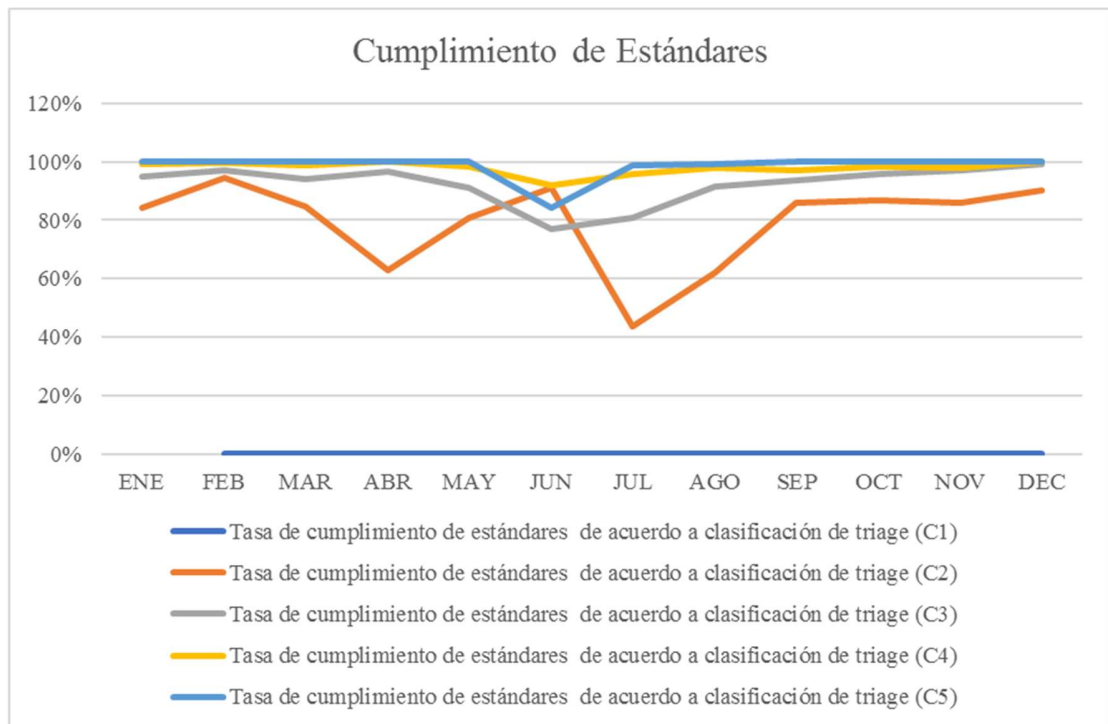
- (iv) Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de Clasificación de Triage.



Tasa de Cumplimiento o de Estándares de Tiempos de Atención de acuerdo con la Clasificación de Triage.

La clasificación de Triage representa el nivel de gravedad de la Salud del Paciente, a lo anterior, es que resulta importante medir el cumplimiento del tiempo en el que se lleva a cabo la atención del paciente.

Gráfico 27: Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de Atención de acuerdo con Clasificación de Triage



Fuente: Elaboración Propia.

En la Unidad de Emergencia Infantil, los pacientes que muestran un menor cumplimiento del estándar de Triage corresponde a pacientes C1 y C2, lo anterior debido que, si bien este tipo de pacientes son atendidos inmediatamente desde que ingresan a la Unidad de Emergencias, el ingreso de datos se realiza posterior a la admisión del paciente.



En lo que respecta a los pacientes C3, C4 y C5, el mayor incumplimiento de estándares se presenta entre los meses de Junio y Agosto, lo anterior se justifica en la alta demanda del Servicio de Emergencias durante estos meses debido a la “Campaña de Invierno”.

En el caso de la Unidad de Emergencia Adulto, el comportamiento es similar al de la Unidad de Emergencia Infantil, siendo los pacientes C1 y C2 quienes registran el menor nivel de cumplimiento de estándares, junto a los pacientes C3, C4 y C5 entre los meses de Junio y Agosto debido a la “Campaña de Invierno”.

El Gráfico 27 presenta el comportamiento promedio de ambas Unidades de Emergencia, en donde se observa un comportamiento consistente respecto a lo descrito anteriormente.

En relación a la Evaluación del Desempeño de la Unidad, en general la Tasa de Cumplimiento de Estándares, se encuentra acorde a lo definido por la Unidad de Emergencia, a excepción de aquellos meses de mayor demanda. En este sentido, es que se presenta una meta propuesta respecto al aumento del cumplimiento promedio del estándar de clasificación:

Tabla 32: Metas propuestas Cumplimiento de Estándares Triage

Indicador	Meta
Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de Triage (C1)	100%
Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de Triage (C2)	100%
Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de Triage (C3)	$\geq 98\%$
Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de Triage (C4)	$\geq 98\%$
Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de Triage (C5)	$\geq 92\%$

Fuente: Elaboración Propia

Un nivel de cumplimiento adecuado considerando el contexto de urgencia bajo el cual acuden los pacientes al servicio, es que se espera un cumplimiento superior al 90% respecto a la demora de su clasificación.



Existencias de Protocolos en la Unidad

Es importante conocer el cumplimiento de los protocolos existentes en la Unidad de Emergencias, en ese sentido es que se debe conocer cuántos son los protocolos según las guías clínicas establecidas.

Tabla 33: Existencia de Protocolos

Existencia de Protocolos en la Unidad	Internos	Ministeriales
	20	50

Fuente: Elaboración Propia

Respecto a las Guías clínicas, existen 50 protocolos ministeriales y 20 protocolos internos, según lo informado con una adhesión y cumplimiento en su totalidad, lo cual en el contexto de evaluación del desempeño se considera en los márgenes aceptables.

Tabla 34: Metas propuestas Existencias de Protocolos

Indicador	Meta
Existencia de protocolos de la unidad	100%

Fuente: Elaboración Propia

Se propone mantener la adhesión a Protocolos Clínicos, estableciendo una meta concreta.

Cumplir con Exigencia Ministerial

El Ministerio de Salud en Chile establece una serie de exigencias para el correcto funcionamiento de las Instituciones de Salud, en cuanto al Sistema Sanitario, Marco Legal y Seguridad del Paciente; en este sentido, es que resulta importante determinar la cantidad de periodos que ha sido acreditada la Unidad de Emergencias.



Tabla 35: Cumplir con Exigencia Ministerial

Cumplir con Exigencia Ministerial	Certificaciones
	2

Fuente: Elaboración Propia

Las certificaciones obtenidas corresponden a los años 2012 y 2016; desde que la Unidad de Emergencias se incorporó al proceso de acreditación ésta ha sido obtenida, lo cual representa un desempeño adecuado respecto a las exigencias del Ministerio de Salud.

Tabla 36: Metas propuestas Obtención de Certificaciones de Calidad

Indicador	Meta
Obtención de certificaciones de calidad o certificación de calidad en vigencia	100%

Fuente: Elaboración Propia

Según el comportamiento pasado, se propone una meta igual al 100% para todas las acreditaciones en las que participe la Unidad de Emergencias.

4.1.2.3 Satisfacción

De los 6 Indicadores correspondientes a Satisfacción, sólo se pudo efectuar medición para 4 Indicadores, correspondientes a:

- (i) Litigios,
- (ii) Tasa de Reclamos,
- (iii) Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud, y
- (iv) Tasa de Especialización.

Los indicadores restantes no presentan información para ser medidos:

- (i) Tasa Promedio de Satisfacción del Paciente, y
- (ii) Tasa Promedio de Satisfacción del Personal.



Litigios.

Es importante conocer los Litigios presentados por los pacientes atendidos en la Unidad de Emergencias durante el periodo 2016. No obstante, no se presentan registros durante el periodo.

Tabla 37: Metas propuestas Litigios

Indicador	Meta
Litigios	0

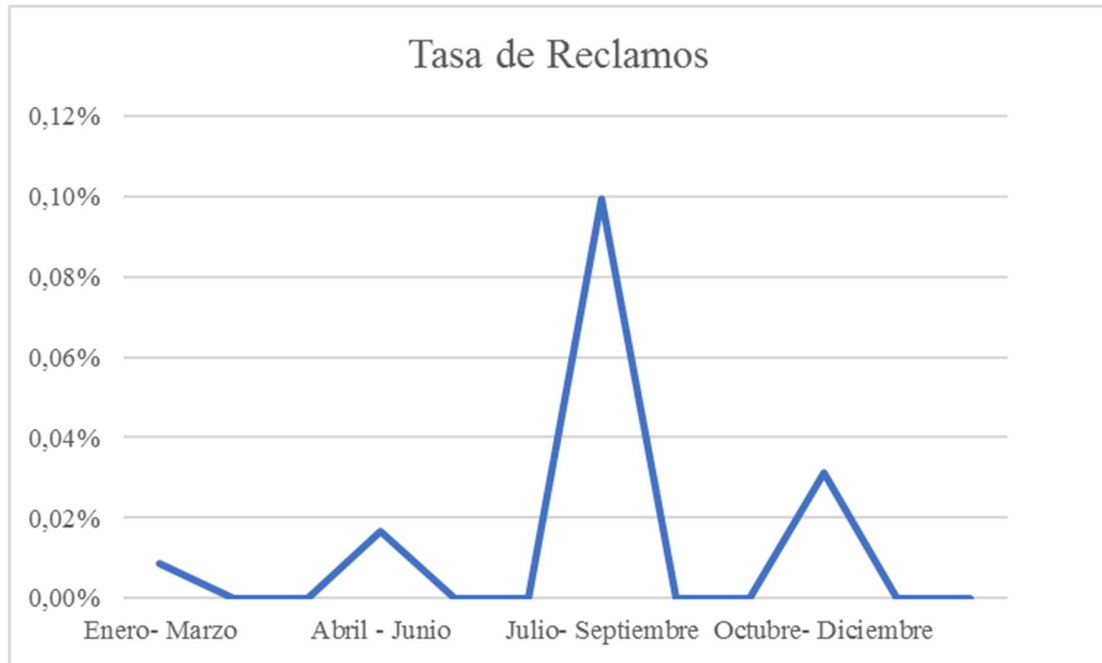
Fuente: Elaboración Propia

Tasa de Reclamos

La Tasa de Reclamos representa el descontento de los pacientes durante un periodo determinado. A lo anterior, es que la medición de reclamos en la Unidad de Emergencia se realiza de manera Trimestral.



Gráfico 28: Tasa de Reclamos



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 28 muestra el comportamiento de las Tasa de Reclamos en la Unidad de Emergencias, alcanzando los valores más altos entre los meses de Julio y Septiembre, con un 0,1% sobre el total de pacientes. La considerable alza de esta tasa para el tercer trimestre, se justifica en el incremento de demanda del servicio durante este periodo debido a la “Campaña de Invierno”.

A lo anterior es que, si bien el incremento de esta tasa es significativo en relación al resto de los periodos, se considera una tasa baja, con un desempeño aceptable. Es por lo que se recomienda mantener una tendencia a la baja respecto de estos valores, al igual que en la meta propuesta:



Tabla 38 Metas propuestas Reclamos

Indicador	Meta
Tasa de reclamos	$\leq 0,10\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud

La medición de renuncias o transferencias por solicitud permite medir el descontento del personal clínico que se desempeña en la Unidad de Emergencias.

Tabla 39: Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud

Tasa de renuncias o transferencias por solicitud
0,02

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla 10 muestra la Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud realizadas durante un año para el total del personal de la Unidad de Emergencias, en donde se presenta una tasa del 2%; lo cual, en relación a la Evaluación del Desempeño de la Unidad, resulta poco significativa. No obstante, se establece una meta de Renuncias o Transferencias por Solicitud menor o igual al resultado obtenido considerando la tasa mantenida durante el periodo.

Tabla 40: Metas propuestas Renuncias o Transferencias

Indicador	Meta
Tasa de renuncias o transferencias por solicitud	$\leq 2\%$

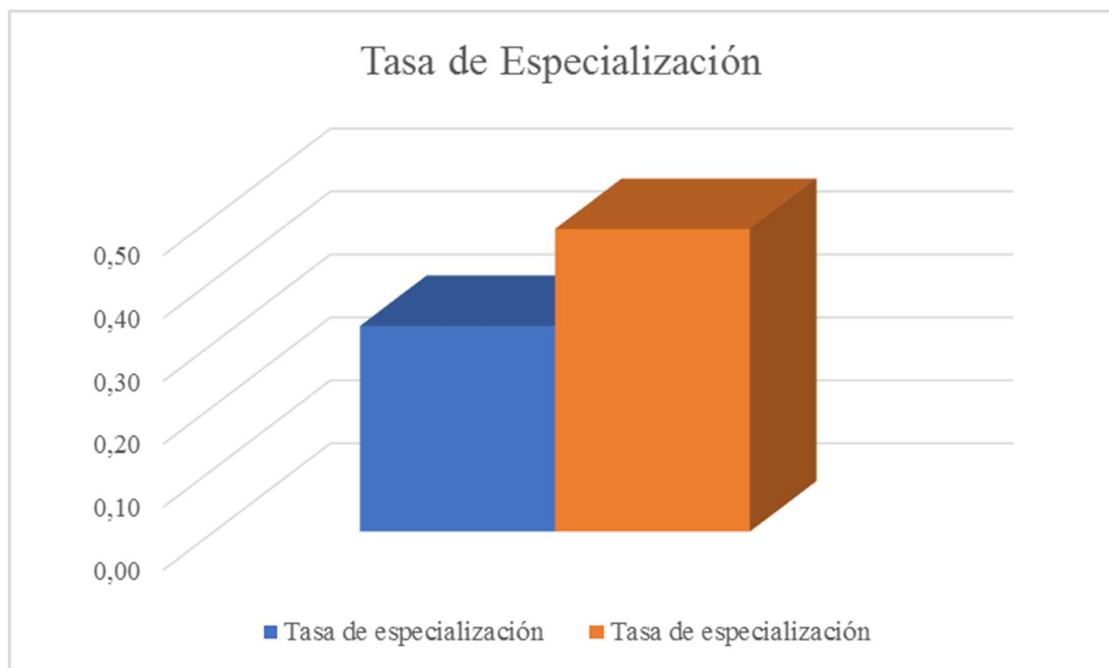
Fuente: Elaboración Propia



Tasa de Especialización

Parte de los niveles de Satisfacción del Usuario Interno se miden a través de la preocupación por mantener un personal idóneo y capacitado en la Unidad de Emergencias, en este sentido, es que resulta importante medir la Tasa de Especialización del Personal que se desempeña en el Servicio.

Gráfico 29: Tasa de Especialización



Fuente: Elaboración Propia.

El Gráfico 29 muestra la tasa correspondiente al personal capacitado en la Unidad de Emergencias, sobre la base del personal total durante el año 2016, alcanzando un 81% del personal que requirió capacitación durante el periodo²⁰. A lo anterior, es que esta tasa se considera efectiva respecto al desempeño de la Unidad; sin embargo, se establece una meta de capacitación/especialización del personal clínico igual a un 100%, considerando que todo el personal clínico debe estar capacitado en sus distintos niveles de desempeño.

²⁰ El Personal restante se encuentra con capacitación vigente.



Tabla 41: Metas propuestas Especialización

Indicador	Meta
Tasa de especialización	100%

Fuente: Elaboración Propia

4.1.3 Indicadores Económicos

Con la información proporcionada por los expertos que participaron en las reuniones para efectuar la Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias, de las cuales se pudo conseguir la información necesaria para medir el 83% de los Indicadores de Costo y el 100% de los Indicadores Financieros.

4.1.3.1 Costo

La eficiencia es uno de los principales objetivos de las Unidades de Emergencia a la hora llevar a cabo la atención del paciente. En este sentido, es que las actividades deben ser realizadas con la menor cantidad de desperdicios posibles; tal que el costo de entregar atención médica sólo corresponda a lo que requiere el paciente.

El Gráfico 30 representa el costo de las actividades que fueron realizadas en las Unidades de Emergencia durante el periodo 2016. En donde las actividades que poseen un mayor costo para la unidad corresponden al Costo por Primera Atención Médica, Costo por Actividades de Apoyo y Procedimiento Médico y/o de Enfermería, Costo por Actividades de Apoyo al Diagnóstico, Costo de Actividades de Egreso de Paciente (Alta); con un 15%, 33%, 23% y 19% respectivamente. Lo anterior, se debe a que son las principales actividades que se realizan en la Unidad a la hora de efectuar la atención del paciente para determinar su diagnóstico y el egreso respectivo.



Gráfico 30: Costo Promedio Anual

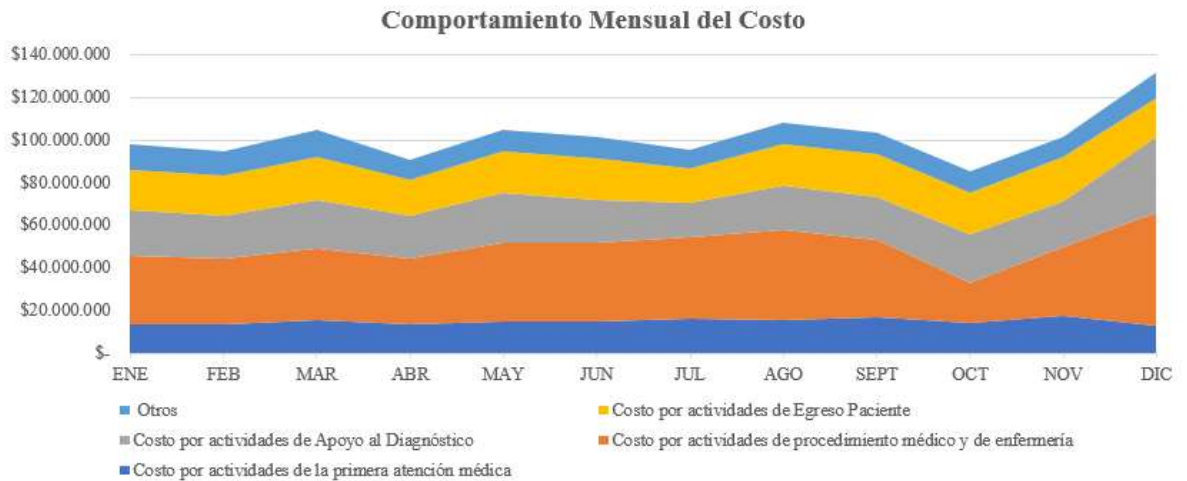


Fuente: Elaboración Propia

Cabe destacar, que los costos presentados para la Unidad de Emergencia Adulto para procedimientos Médicos y de Enfermería duplica los costos de la Unidad de Emergencia Adulto.



Gráfico 31: Comportamiento del Costo



Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico 31, se presenta el comportamiento de los costos en los que debió incurrir la Unidad de Emergencias durante el periodo 2016, en este sentido, es que se aprecia que el comportamiento de los costos es bastante similar durante el periodo. Sin embargo, incrementa entre los meses de Mayo y Septiembre; lo cual se justifica en el incremento de la demanda del Servicio que existe por parte de los pacientes durante ese periodo.

En este sentido, es que se establece como meta no superar el costo promedio mensual incurrido durante el periodo 2016, respecto de la atención de pacientes.

Tabla 42: Metas propuestas Costo por Actividades

Indicador	Meta
Costo por actividades	Costo Promedio Mensual

Fuente: Elaboración Propia



4.1.3.2 Financiero

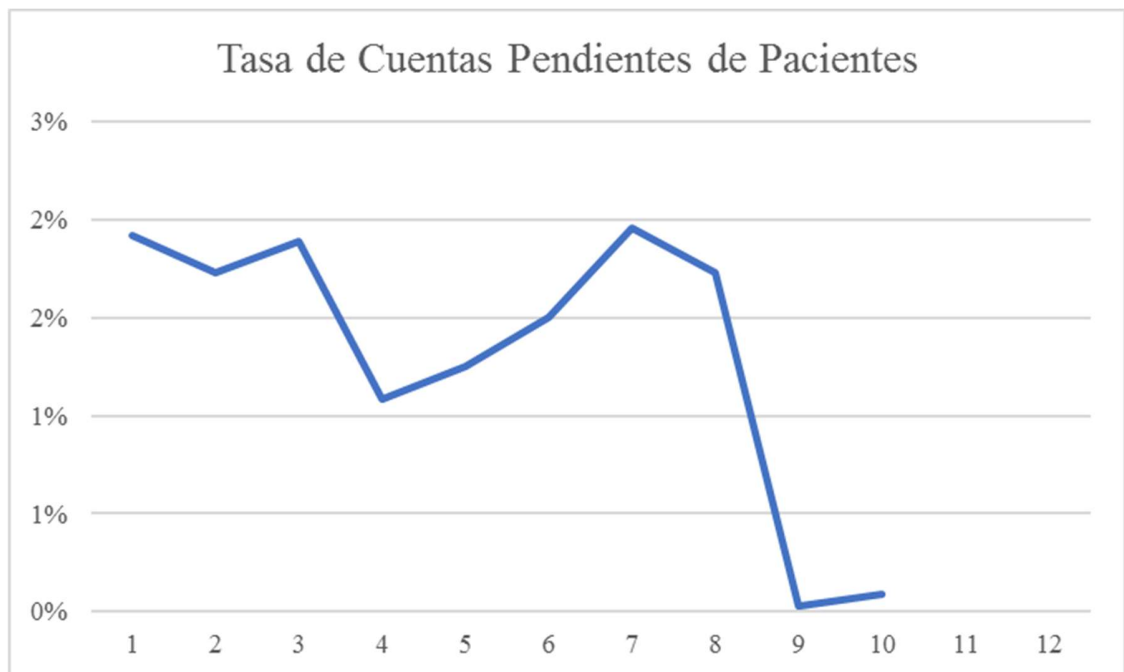
De los Indicadores correspondientes a Financieros, se pudo medir la totalidad de los mismos, correspondiendo a:

- (i) Tasa de Cuentas Pendientes de Pacientes,
- (ii) Ejecución Presupuestaria,
- (iii) Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera.

Tasa de Cuentas Pendientes de Pacientes

Las Unidades de Emergencias de Hospital Clínico FUSAT se desempeñan en el Sector de Salud Privado, a lo anterior, es que cada paciente que se atiende en la unidad debe efectuar pago de la atención recibida.

Gráfico 32: Tasa de Cuentas Pendientes de Pacientes



Fuente: Elaboración Propia



En este sentido, es que el Gráfico 32 muestra el comportamiento de pago de los pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia, correspondientes a los pagarés pendientes de pago.

Durante los meses de Septiembre, Octubre, las cuentas pendientes de pago disminuyen considerablemente debido al cambio en la metodología de alta y recaudación del paciente, exigiendo que estos últimos pasen por el módulo de recaudación previo a recibir los documentos que acreditan su atención. Esta gestión permite una mejora considerable del desempeño respecto a la gestión de los recursos de la Unidad de Emergencias.

Tabla 43: Metas propuestas Cuentas Pendientes.

Indicador	Meta
Tasa de cuentas pendientes de pacientes	0

Fuente: Elaboración Propia

No obstante, lo esperado es que no existan pacientes con tasas de cuentas pendientes considerando que esta es la principal fuente de recursos que mantiene la Unidad de Emergencias, obteniendo un cumplimiento de este meta únicamente durante el mes de Septiembre.

Ejecución Presupuestaria

Resulta importante determinar cuánto de los recursos asignados a la Unidad de Emergencias son utilizados efectivamente durante cada uno de los meses del periodo.



Gráfico 33: Ejecución Presupuestaria



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 33 muestra el comportamiento de la Ejecución Presupuestaria para la Unidad de Emergencias durante el periodo 2016. En donde los meses que se registra un mayor cumplimiento del presupuesto de la unidad corresponden a los meses de Mayo y Julio, o obstante no alcanzan a utilizarse la totalidad de los recursos económicos destinados a la Unidad, lo que si bien responde de manera eficiente a la utilización de recursos, se recomienda ajustar el presupuesto tal que no se asignen recursos innecesarios.

A lo anterior, es que se propone una meta respecto a la ejecución presupuestaria que oscila entre un 80% y un 100% con respecto al presupuesto establecido, lo cual sólo se cumple durante el mes de Mayo.



Tabla 44: Metas propuestas Ejecución Presupuestaria.

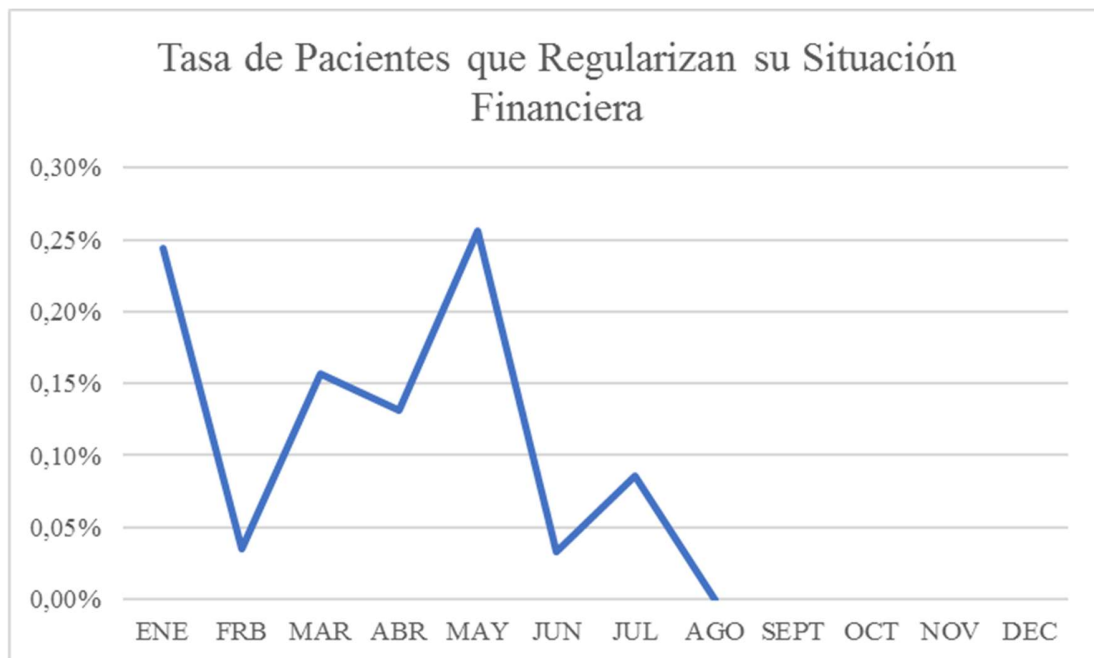
Indicador	Meta
Ejecución Presupuestaria	$\geq 80\% \leq 100\%$

Fuente: Elaboración Propia.

Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera

Resulta importante conocer la cantidad de pacientes que mantienen una cuenta pendiente en la Unidad de Emergencias y regularizan su situación de pago.

Gráfico 34: Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 34 muestra la Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera durante el periodo 2016, la información fue obtenida de los registros de un censo de pagarés realizado manualmente, en donde el máximo registro de regularización alcanza el



0,25% durante el mes de Mayo, lo cual se considera bajo, afectando el desempeño económico de la Unidad de Emergencias y con ello la eficiencia de la gestión de recursos.

En este sentido, es que considerando que los pacientes no pueden ser hostigados para cumplir con sus obligaciones financieras, se establece un margen de cumplimiento del indicador de un 95%. Sin embargo, el comportamiento del mismo para el periodo 2016 sólo alcanza un 0,5%

Tabla 45: Metas propuestas Pacientes que Regularizan su Situación Financiera

Indicador	Meta
Tasa de pacientes que regularizan su situación financiera	95%

Fuente: Elaboración Propia

4.1.4 Indicadores de Capacidad

Con la información proporcionada por los expertos que participaron en las reuniones para efectuar la Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias, de las cuales se pudo conseguir la información necesaria para medir el 91% de los Indicadores de Capacidad.

4.1.4.1 Oferta

De los 7 Indicadores correspondientes a Oferta, sólo se pudo efectuar medición para 6 Indicadores, correspondientes a:

- (i) Cantidad de Activos,
- (ii) Utilización,
- (iii) Equipos no Disponibles,
- (iv) Dotación de Personal por Turno
- (v) Tasa de Ausentismo, y
- (vi) Tasa de Trabajo en Exceso Semanal.



Los indicadores restantes no presentan información para ser medidos:

- (i) Utilización Apoyo al Diagnóstico.

Cantidad de Activos

Es importante determinar los recursos con los que cuenta la Unidad de Emergencias para realizar la atención de sus pacientes. Como se muestra en la tabla 11, la cantidad de activos que se mantienen en inventario para ambas Unidades de Emergencia corresponde a 81 activos.

Tabla 46: Cantidad de Activos

Cantidad de Activos
81

Fuente: Elaboración Propia.

Respecto a la meta establecida, no se puede definir una meta de la cantidad de activos existentes en la Unidad de Emergencias, considerando que esto dependerá directamente de las necesidades de recursos existente.

Tabla 47: Meta propuesta Cantidad de Activos

Indicador	Meta
Cantidad de activos	No Aplica

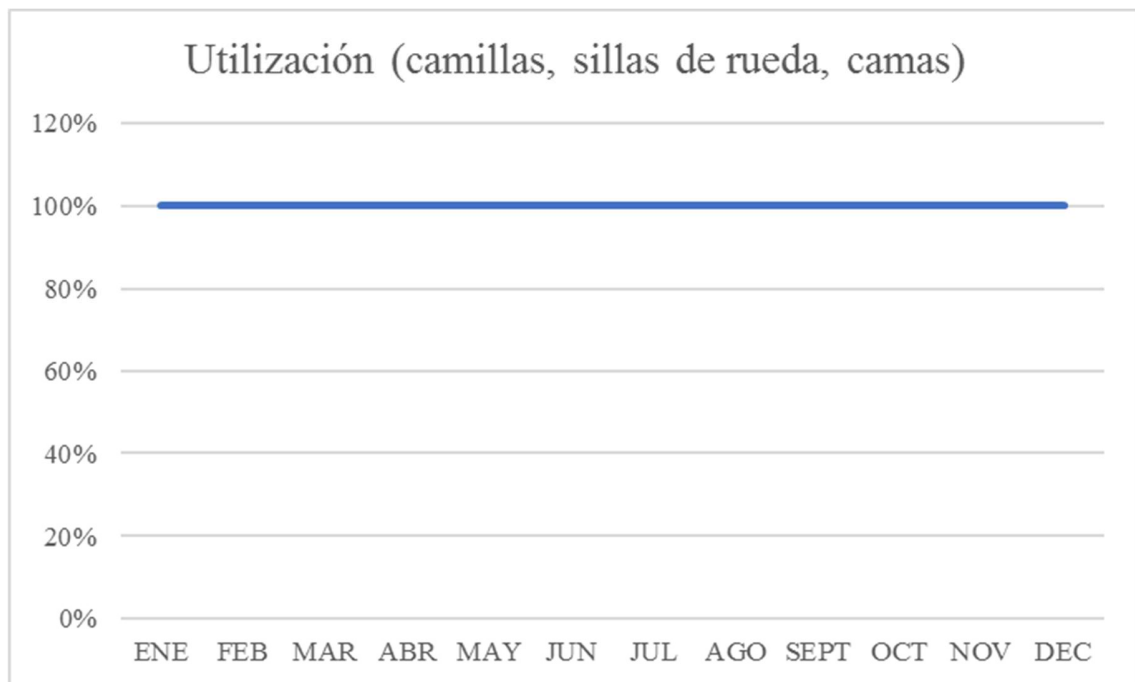
Fuente: Elaboración Propia



Utilización

De los activos existentes en las unidades de Emergencia, es importante determinar cuántos de estos han sido efectivamente utilizados.

Gráfico 35: Utilización de Activos



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 35 muestra que la utilización de los activos ha sido de un 100% durante cada periodo, lo cual contribuye a obtener un buen desempeño para la Unidad, ya que no existe pérdida por exceso de recursos.

A lo anterior, es que se sugiere como meta mantener el nivel de utilización de los activos de la unidad.



Tabla 48: Metas Propuestas Utilización de Activos

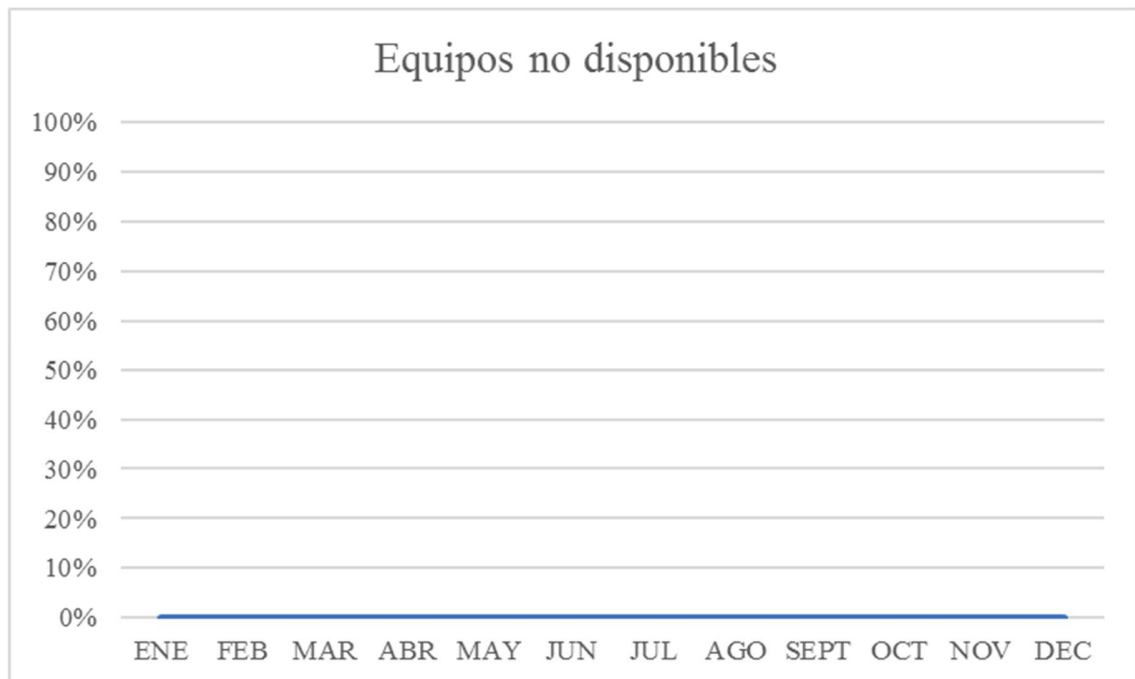
Indicador	Meta
Utilización (camillas, sillas de rueda, camas)	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Equipos no Disponibles

Es importante que todos los equipos que se encuentran en la Unidad de Emergencias y sean necesarios para desarrollar la labor de atención del paciente se encuentren disponibles.

Gráfico 36: Equipos no Disponibles



Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico 36 se observa que durante el periodo 2016 no existen equipos no disponibles para atención médica en las Unidades de Emergencia. Lo cual contribuye al desempeño



de la unidad, ya que no se presentan problemas de disponibilidad de recursos, en este sentido, es que se propone como meta mantener el comportamiento respecto a los equipos no disponibles.

Tabla 49 Metas propuestas Equipos no Disponibles

Indicador	Meta
Equipos no disponibles	0

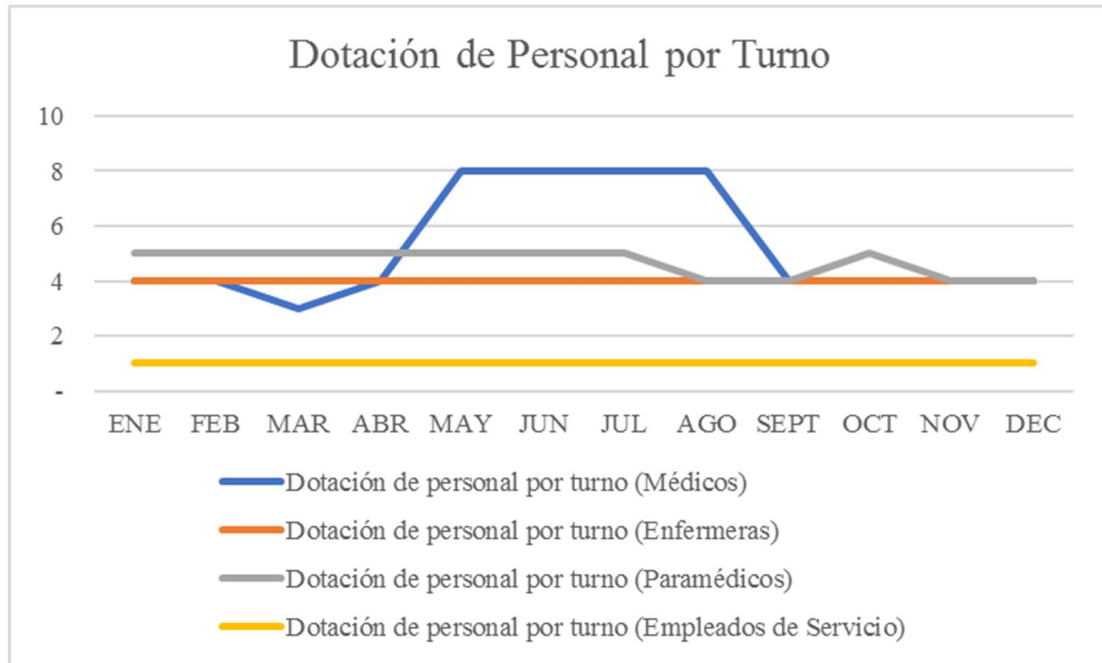
Fuente: Elaboración Propia

Dotación de Personal por Turnos

Es importante poder determinar cuánto es el personal clínico disponible por turno para atender la demanda de pacientes de las Unidades de Emergencias. En este sentido, es que el Gráfico 37 muestra la cantidad de Médicos, Enfermeras/os, Paramédicos y Empleados de Servicio requeridos por turno durante cada periodo.



Gráfico 37: Dotación de Personal por Turno



Fuente: Elaboración Propia.

Entre los meses de Mayo y Septiembre, se aprecia un aumento de la cantidad de Médicos por Turno, lo anterior se debe a la “Campana de Invierno” no obstante, el resto del personal se mantiene constante, lo cual perjudica el nivel de eficiencia en la atención del paciente, ya que se asigna el mismo personal de apoyo para una mayor cantidad de médicos, lo cual durante aquellos meses de mayor demanda, afecta el desempeño de las Unidades de Emergencia.

En lo que respecta a la meta de este indicador, existe un mínimo de personal por turno establecido por la Unidad de Emergencia, para lo cual se refleja un alto nivel de cumplimiento durante el periodo 2016.



Tabla 50: Metas propuestas Personal por Turno

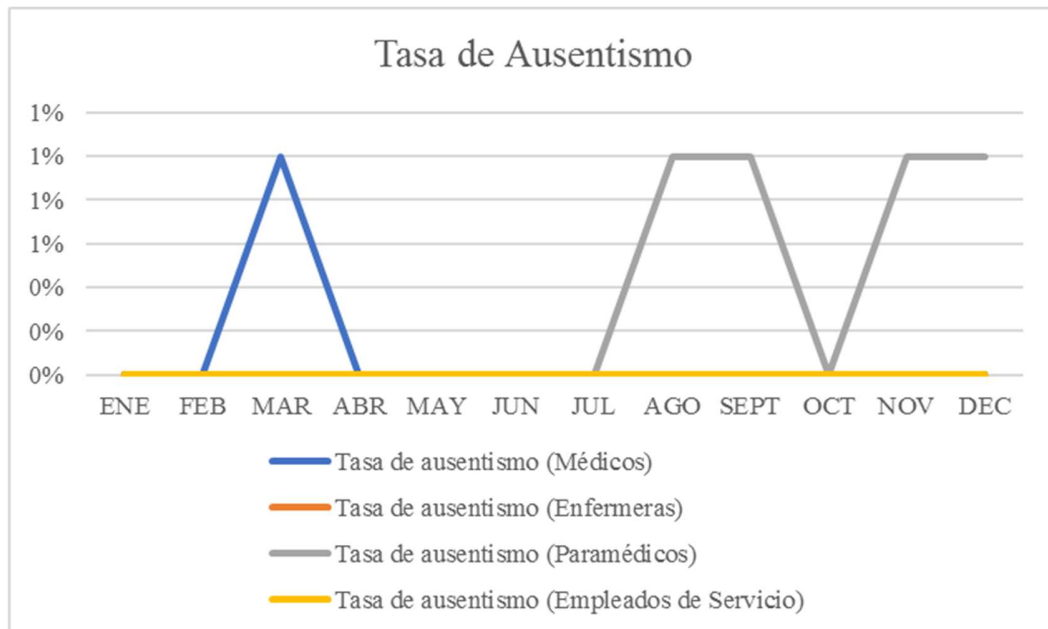
Indicador	Meta
Dotación de personal por turno (Médicos)	>4 Médicos <8 Médicos
Dotación de personal por turno (Enfermeras/os)	>4 Enfermeras/os >5 Enfermeras/os
Dotación de personal por turno (Paramédicos (TENS))	5 Paramédicos (TENS)
Dotación de personal por turno (Empleado de Servicio)	1 Empleado de Servicio

Fuente: Elaboración Propia.

Tasa de Ausentismo

Es importante determinar la cantidad de personal clínico que se ausenta de sus funciones durante cada periodo, ya que este ausentismo dificulta la eficiencia de las laboras que deben efectuarse en las Unidades de Emergencia.

Gráfico 38: Tasa de Ausentismo



Fuente: Elaboración Propia.



En el Gráfico 38, se observa el comportamiento de la Tasa de Ausentismo del personal que se desempeña en las Unidades de Emergencia, considerando la Unidad Infantil y la Unidad Adulto, en este sentido, es que se observan bajos niveles de ausentismo, debido principalmente al sistema de turnos mediante el cual se encuentran contratados los funcionarios. Esta baja tasa de ausentismo contribuye favorablemente al desempeño de la Unidad de Emergencias. Es por ello, que se establece una meta para el personal clínico correspondiente a los niveles de ausentismo por turno en relación al comportamiento del periodo, cabe destacar que el nivel ideal de esta meta es igual a 0; la cual sólo es alcanzada por Enfermeras/os y Empleados de Servicio.

Tabla 51: Metas propuestas Ausentismo

Indicador	Meta
Tasa de ausentismo (Médicos)	0,08%
Tasa de ausentismo (Enfermeras/os)	0,00%
Tasa de ausentismo (Paramédicos (TENS))	0,33%
Tasa de ausentismo (Empleado de Servicio)	0,00%

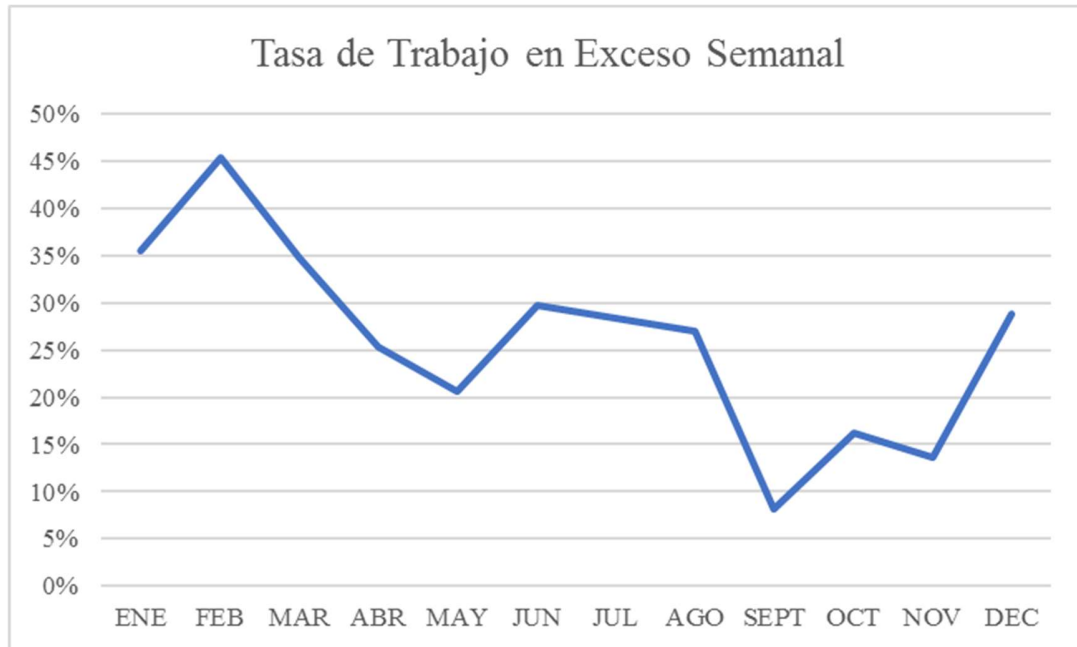
Fuente: Elaboración Propia.

Tasa de Trabajo en Exceso Semanal

Es importante conocer la distribución de turnos del personal, considerando que no es recomendable que estos trabajen más de 48 horas semanales.



Gráfico 39: Tasa de Trabajo en Exceso Semanal



Fuente: Elaboración Propia.

En el contexto de “Horas Extra”, es que los mayores registros se presentan durante el mes de Febrero, debido al periodo de vacaciones de los funcionarios; y durante los meses de Junio y Agosto, debido a la “Campaña de Invierno” y el exceso de demanda del servicio por parte de los pacientes.

A lo anterior, es que se establece una meta menos al 26% de Tasa de Trabajo en Exceso Semanal, considerando el promedio de horas extras realizadas por el personal clínico durante el periodo. Sin embargo, la meta propuesta se excede considerablemente durante los meses de Enero y Febrero.

Tabla 52: Metas Propuestas Exceso de Trabajo Semanal

Indicador	Meta
Tasa de trabajo en exceso semanal	$\leq 26\%$

Fuente: Elaboración Propia



4.1.4.2 Demanda

De los 4 Indicadores correspondientes a Demanda, pudo efectuarse la medición del total de Indicadores

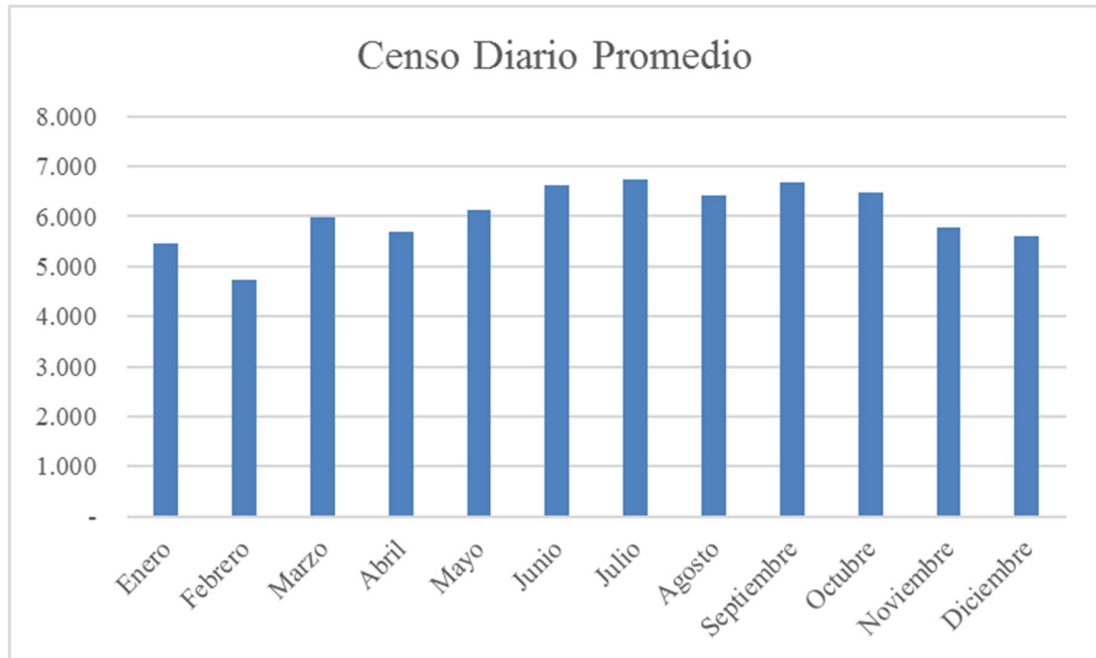
- (i) Censo Diario Promedio,
- (ii) Tasa de Pacientes Mañana,
- (iii) Tasa de Pacientes Tarde, y
- (iv) Tasa de Pacientes Noche,

Censo Diario Promedio

Con el objetivo de tener una visión de cuántos son los recursos con los que necesitará contar la Unidad de Emergencias para poder contrarrestar la demanda de pacientes, se debe conocer el comportamiento de esta última, permitiendo así gestionar los recursos de manera eficiente.



Gráfico 40: Censo Diario Promedio



Fuente: Elaboración Propia.

El Gráfico 39 muestra el comportamiento de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencias durante el año 2016, en este sentido, es que la tasa más alta de pacientes se registra entre los meses de Mayo y Septiembre. Lo anterior, se justifica debido que son los meses de “Campaña de Invierno” en donde se registra la más alta demanda del Servicio, alcanzando aproximadamente los 7000 pacientes durante el mes de Julio.

En lo que respecta a las metas o estándares establecidos, no se puede definir una meta de Demanda de la Unidad de Emergencias, considerando que esto dependerá directamente de la cantidad de pacientes que requieren del Servicio.

Tabla 53: Metas propuestas Censo Diario

Indicador	Meta
Censo diario promedio	No Aplica

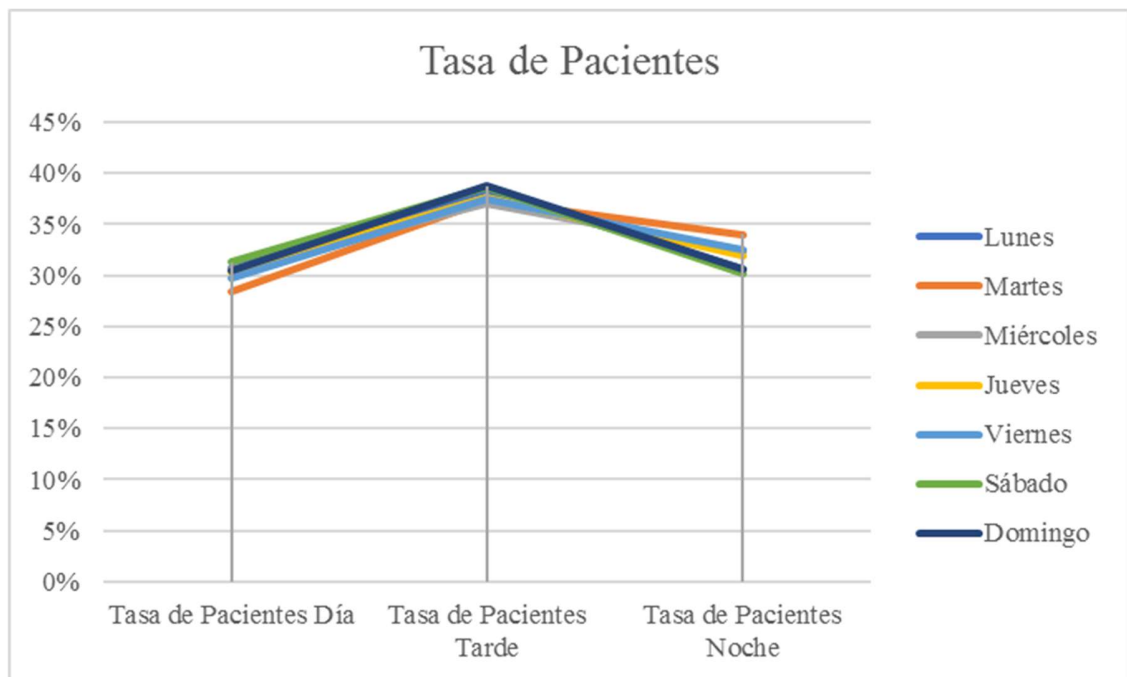
Fuente: Elaboración Propia



Tasa de Pacientes Mañana /Tasa de Pacientes Tarde/ Tasa de Pacientes Noche.

Además de conocer la cantidad de pacientes que asisten a las Unidades de Emergencia, es importante determinar cuál es el horario en el que asisten estos pacientes y cuál es la demanda del Servicio según los días de la semana. Lo anterior, para determinar los recursos básicos necesarios para la atención del paciente.

Gráfico 41: Tasa de Pacientes Mañana/Tarde/Noche



Fuente: Elaboración Propia

El Gráfico 40, muestra el comportamiento de los pacientes que asisten a la Unidad de Emergencias, entre las 08:00 y las 14:00 horas (Tasa de Pacientes Mañana); entre las 14:00 y las 20:00 horas (Tasa de Pacientes Tarde); y entre las 20:00 y las 08:00 horas (Tasa de Pacientes Noche); durante los siete días de la semana.



A lo anterior, es que la tasa de pacientes más alta registrada corresponde a los pacientes que asisten durante la tarde, seguido por los pacientes noche y los pacientes de mañana; presentando un comportamiento similar durante todos los días de la semana.

En lo que respecta a las metas o estándares establecidos, no se puede definir una meta de Demanda de la Unidad de Emergencias, considerando que esto dependerá directamente de la cantidad de pacientes que requieren del Servicio.

Tabla 54: Metas propuestas Pacientes Mañana/Tarde Noche

Indicador	Meta
Tasa de pacientes mañana	No Aplica
Tasa de pacientes tarde	No Aplica
Tasa de pacientes nocturnos	No Aplica

Fuente: Elaboración Propia

4.1.5 Indicadores de Resultado

Con la información proporcionada por los expertos que participaron en las reuniones para efectuar la Medición del Desempeño en la Unidad de Emergencias, de las cuales se pudo conseguir la información necesaria para medir el 86% de los Indicadores de Resultado.

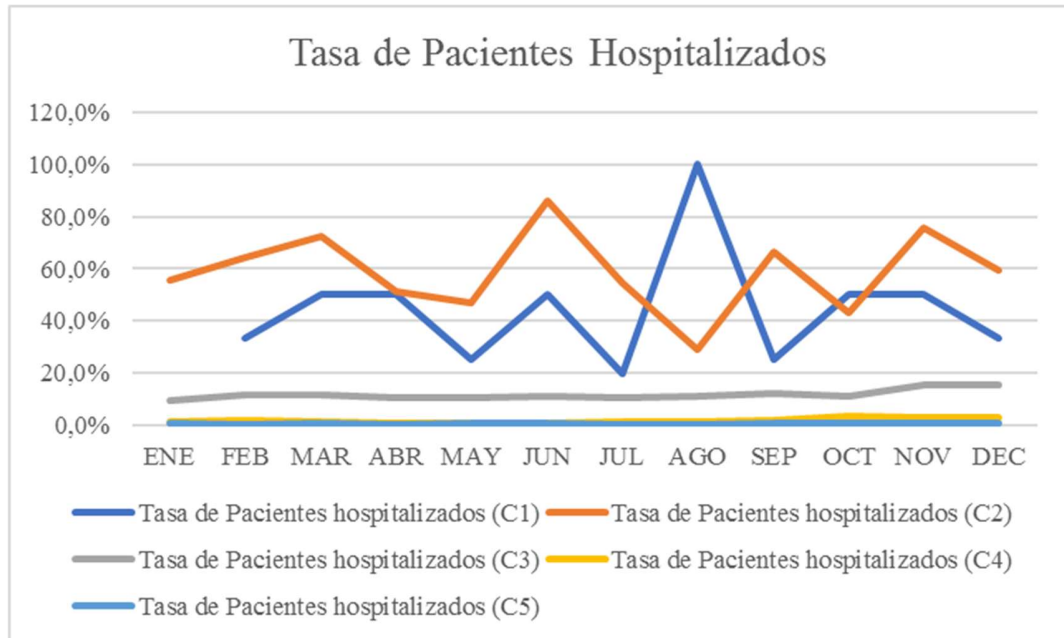
4.1.5.1 Hospitalización

Tasa de Pacientes Hospitalizados

Es importante conocer el destino de cada paciente, en este sentido, es que es fundamental conocer una aproximación de los pacientes que han sido atendidos en la Unidad de Emergencias y requieren hospitalización.



Gráfico 42: Tasa Pacientes Hospitalizados



Fuente: Elaboración Propia

Respecto a aquellos pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Emergencia Infantil, el 58% de los pacientes C2 atendidos durante el año requirieron ser hospitalizados una vez terminada su atención en la Unidad de Emergencias, mientras que la tasa de pacientes C3, C4 y C5, alcanzan el 0,8%; 0,1% y 0,2% respectivamente.

En relación a los pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia Adulto, los pacientes C1, C2 y C3 son quienes registran las tasas más altas de hospitalización con un 49%; 61% y 15% respectivamente. Mientras que los pacientes C3, y C4 sólo registran un 2,2% y un 0,7%.

El Gráfico 41 muestra el comportamiento de los pacientes que han requerido ser hospitalizados posterior a su atención en ambas Unidades de Emergencias. Presentando un comportamiento representativo al descrito en los párrafos anteriores, en donde, son los pacientes C1 y C2 quienes registran las tasas más altas de hospitalización, seguidos por



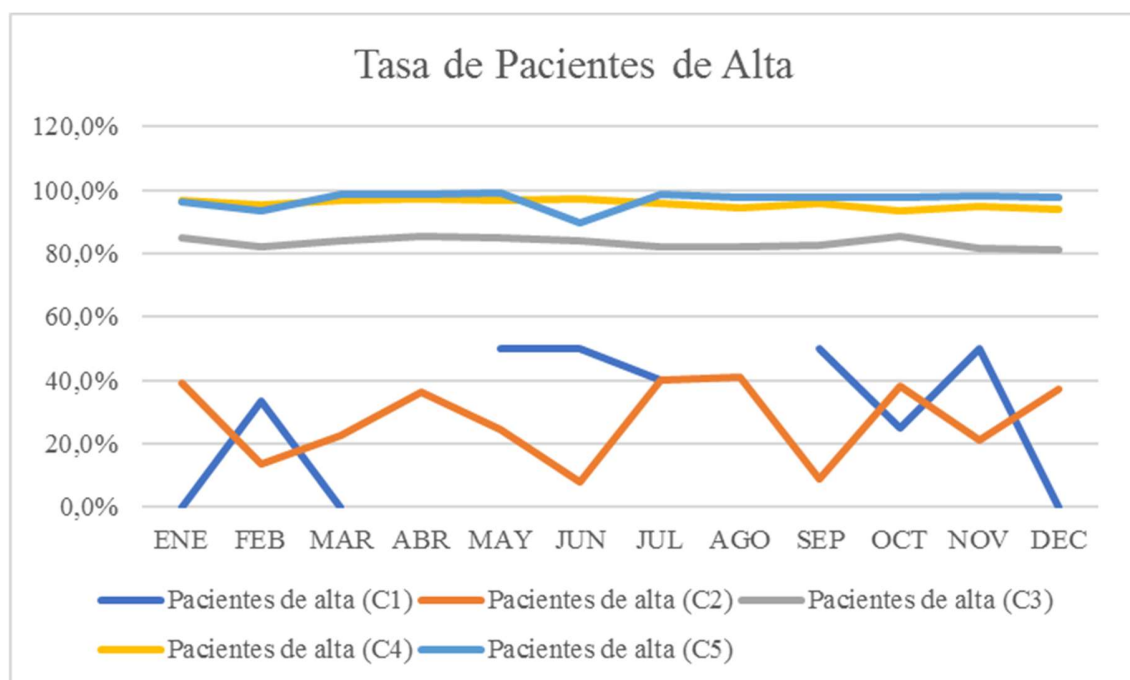
los pacientes C3. En el caso de los pacientes C4 y C5, estos son los que menos se hospitalizan, considerando una condición de salud de menor gravedad.

4.1.5.2 Alta

Tasa de Pacientes de Alta

Es importante conocer el destino de cada paciente, en este sentido, es que es fundamental conocer una aproximación de los pacientes que han sido atendidos en la Unidad de Emergencias y posteriormente son dados de alta.

Gráfico 43: Tasa de Pacientes de Alta



Fuente: Elaboración Propia.



Respecto a aquellos pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Emergencia Infantil, el 90%, 98% y 97% de los pacientes C3, C4 y C5 atendidos durante el año fueron dados de alta, con destino a su domicilio una vez terminada su atención en la Unidad de Emergencias, mientras que la tasa de pacientes C3, C4 y C5, el 100% y el 24% de los pacientes C1 y C2 fueron dados de alta con el mismo destino.

En relación a los pacientes que asisten a la Unidad de Emergencia Adulto, los pacientes C3, C4 y C5 son quienes registran las tasas más altas de hospitalización con un 77%; 93% y 97% respectivamente. Mientras que los pacientes C1, y C2 sólo registran un 20,2% y un 30%.

En el Gráfico 42, se observa el comportamiento de los pacientes que han sido dados de alta, posterior a su atención tanto en la Unidad de Emergencia Infantil, como en la Unidad de Emergencia Adulto. Presentando un comportamiento representativo al descrito en los párrafos anteriores, en donde, son los pacientes C3, C4 y C5 quienes registran las tasas más altas de alta en domicilio, seguidos por los pacientes C3. En el caso de los pacientes C4 y C5, estos son los que menos se hospitalizan, considerando una condición de salud de menor gravedad.

En lo que respecta a las metas o estándares establecidos, para los pacientes C1 y C2 no se puede definir una meta de los pacientes dados de alta, considerando que esto dependerá directamente de las condiciones de salud del paciente. No obstante, en relación al comportamiento del periodo se propone que entre el 80% y el 100% de los pacientes C3, C4 y C5 sean dados de alta con destino a su domicilio.

Tabla 55: Metas propuestas pacientes de Alta

Indicador	Meta
Pacientes de alta (C1)	No Aplica
Pacientes de alta (C2)	No Aplica
Pacientes de alta (C3)	$\geq 80\% \leq 100\%$
Pacientes de alta (C4)	$\geq 80\% \leq 100\%$
Pacientes de alta (C5)	$\geq 80\% \leq 100\%$

Fuente: Elaboración Propia

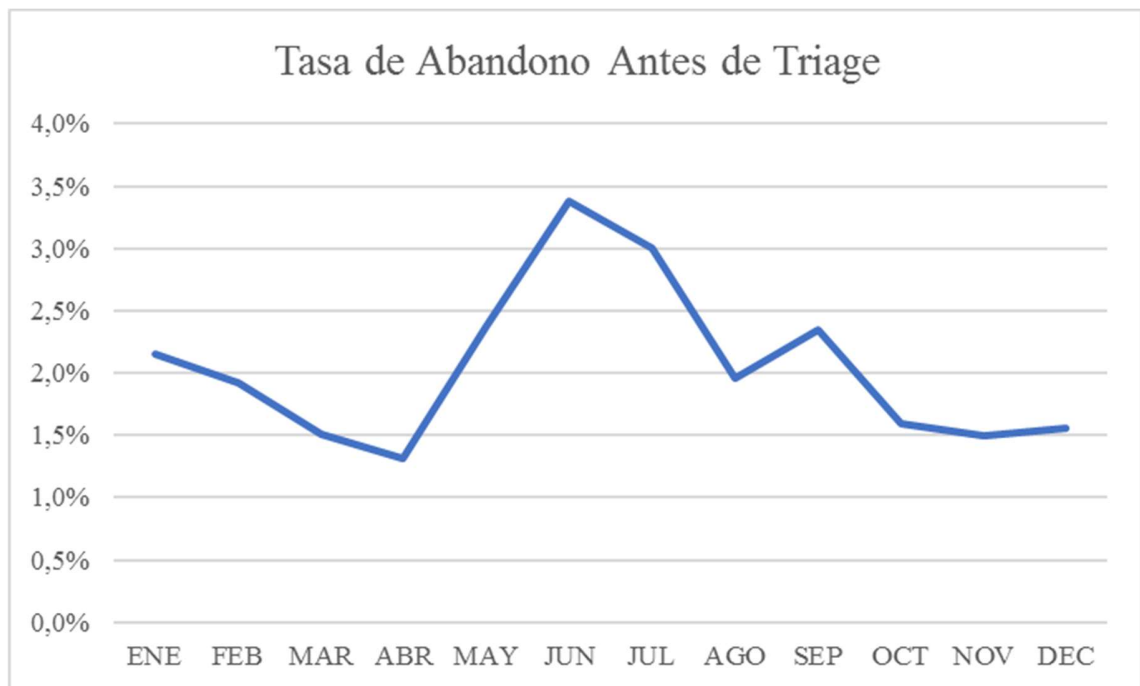


4.1.5.3 Abandono

Tasa de Abandono antes de Triage

Parte de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia, se retiran antes de que sean atendidos, incluso categorizados. Si bien, la razón del abandono de estos pacientes es desconocida, es importante tener una noción de la cantidad de pacientes que abandonan la atención y los periodos en que esto se presenta constantemente.

Gráfico 44: Tasa de Abandono Antes de Triage



Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico 43 se observa el comportamiento de los pacientes que son admitidos en la Unidad de Emergencias, sin embargo, se retiran antes de la categorización respectiva. Al contrario, es que la tasa de mayor abandono se presenta entre los meses de Mayo y Septiembre, lo cual se justifica en la “Campaña de Invierno”, donde aumenta significativamente la demanda por atención.



Si bien la Tasa de Abandono registrada por la Unidad de Emergencias es en promedio de un 2,1%, lo cual implica un buen desempeño, se recomienda que este se mantenga en valores iguales a cero y no mayores a 2,1%. Es por ello que se define una meta entre un 0% y un 2,1 %. Lo anterior, se justifica en la eficiencia de la atención de la Unidad de Emergencias. Cabe destacar que el cumplimiento de esta meta se verá afectado directamente con la decisión del paciente. Sin embargo, la meta sobrepasa los valores propuestos durante los meses de “Campaña de Invierno” considerando el incremento de la demanda del servicio.

Tabla 56: Metas propuestas Abandono antes de Triage

Indicador	Meta
Tasa abandono antes de Triage	>0 % <2%

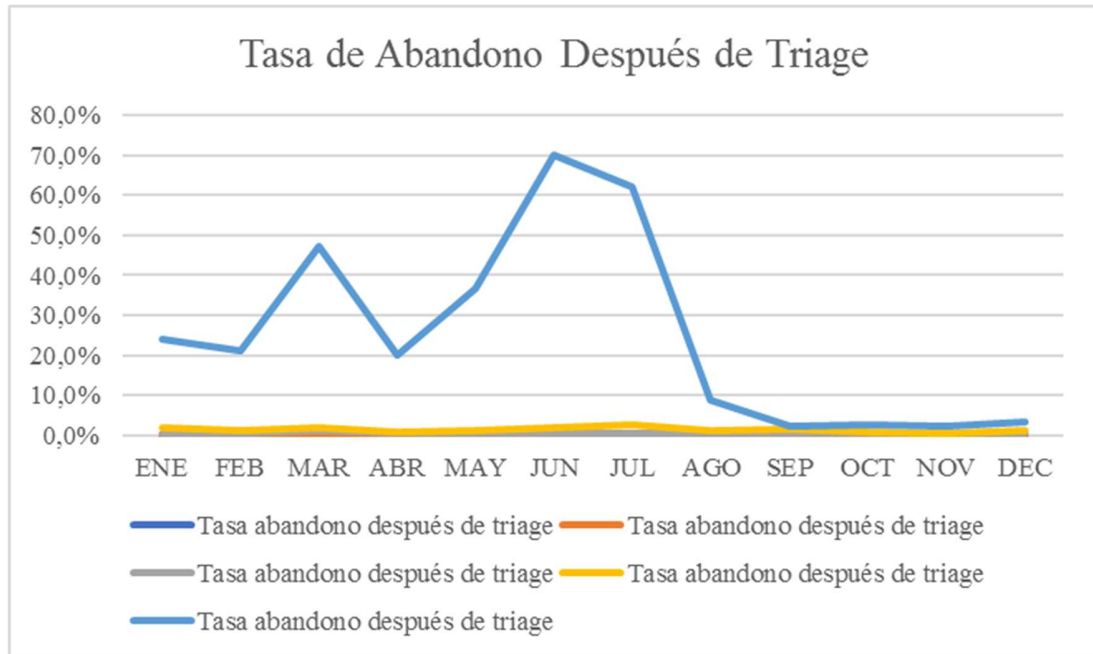
Fuente: Elaboración Propia.

Tasa de Abandono Después de Triage

Parte de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia, se retiran antes de que sean atendidos, pero después de ser categorizados. Si bien, la razón del abandono de estos pacientes es desconocida, es importante tener una noción de la cantidad de pacientes que abandonan la atención y los periodos en que esto se presenta constantemente.



Gráfico 45: Tasa de Abandono Después de Triage



Tanto en la Unidad de Emergencia Infantil, como en la Unidad de Emergencia Adulto, el registro de mayor abandono de atención se registra para los pacientes C5, quienes se consideran como los pacientes de menor gravedad. con un promedio anual de 21% y 29% respectivamente.

En el Gráfico 44 se observa el comportamiento de los pacientes que son admitidos y categorizados en la Unidad de Emergencias, sin embargo, se retiran antes de la atención médica. A lo anterior, es que la tasa de mayor abandono se presenta entre los meses de Mayo y Agosto, lo cual se justifica en la “Campaña de Invierno”, donde aumenta significativamente la demanda por atención.

En relación a esto y considerando el principal objetivo de la Unidad de Emergencias, es que se establecen metas razonables respecto al comportamiento del periodo, siendo superadas únicamente por los pacientes C5, lo cuales son considerados como “pacientes menos graves”.



Tabla 57: Metas propuestas Abandono después de Triage

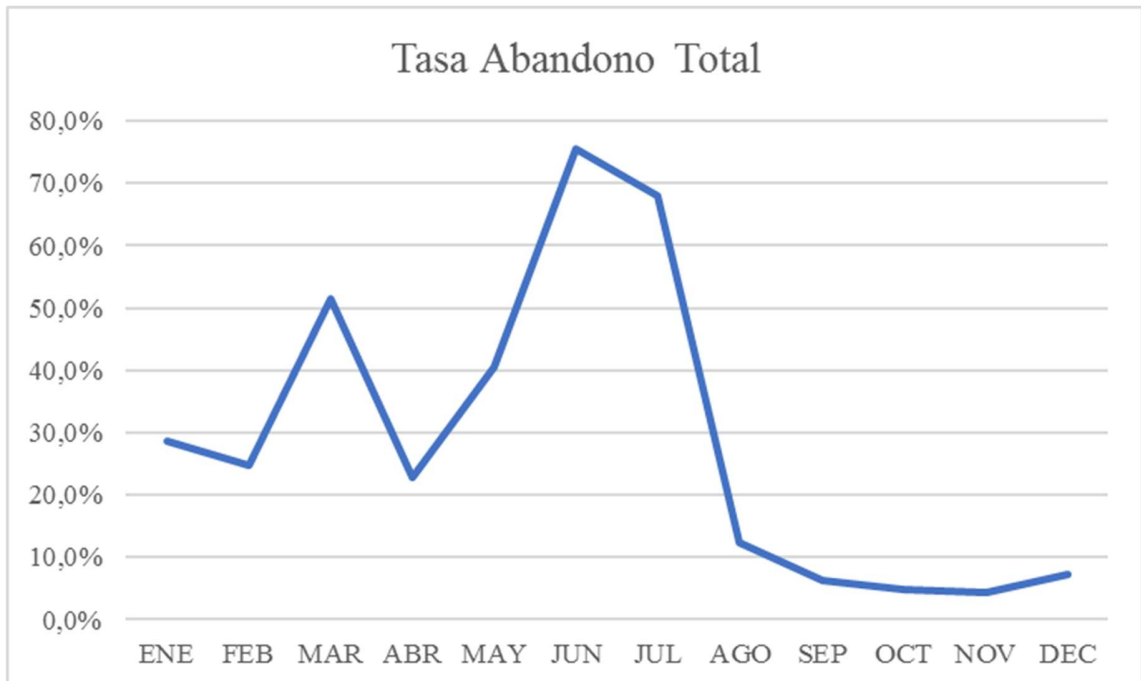
Indicador	Meta
Tasa abandono después de triage (C1)	0,00%
Tasa abandono después de triage (C2)	0,00%
Tasa abandono después de triage (C3)	$\geq 0\% \leq 0,4\%$
Tasa abandono después de triage (C4)	$\geq 0\% \leq 1,4\%$
Tasa abandono después de triage (C5)	$\geq 0\% \leq 25\%$

Fuente: Elaboración Propia

Tasa de Abandono Total

Parte de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia, se retiran antes de que sean atendidos. Si bien, la razón del abandono de estos pacientes es desconocida, es importante tener una noción de la cantidad de pacientes que abandonan la atención y los periodos en que esto se presenta constantemente.

Gráfico 46: Tasa de Abandono Total



Fuente: Elaboración Propia



El Gráfico 45, representa la Tasa de Abandono Total registrada, correspondiendo a aquellos pacientes que abandonan antes de Triage y después de Triage. En este sentido, es que los meses donde se presenta la mayor tasa de abandono, corresponden a los meses entre Mayo y Agosto, lo cual es consistente con los dos indicadores presentados anteriormente.

En lo que respecta a las metas o estándares establecidos, se define una meta entre un 0% y un 28,9%. Lo anterior, se justifica en la eficiencia de la atención de la Unidad de Emergencias. Cabe destacar que el cumplimiento de esta meta se verá afectado directamente con la decisión del paciente. No obstante, los meses de Campaña de invierno son aquellos que superan considerablemente el umbral de la meta establecida.

Tabla 58: Metas propuestas Abandono Total

Indicador	Meta
Tasa abandono Total	>0% <28%

Fuente: Elaboración Propia

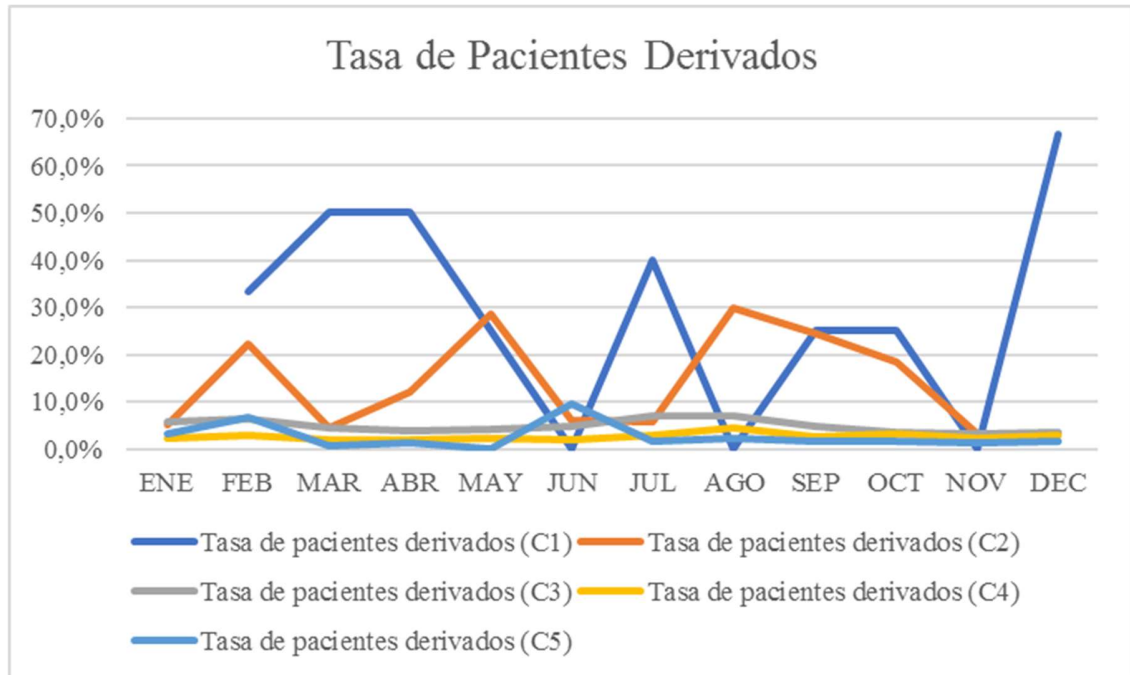
4.1.5.4 Derivados

Tasa de Pacientes Derivados

Es importante conocer el destino de cada paciente, en este sentido, es que es fundamental conocer una aproximación de los pacientes que han sido atendidos en la Unidad de Emergencias y posteriormente son derivados a otro centro.



Gráfico 47: Tasa de Pacientes Derivados



Fuente: Elaboración Propia

Para aquellos pacientes que acuden a la Unidad de Emergencias Infantil, la mayor tasa de derivaciones corresponde a pacientes C2, alcanzando una tasa promedio del 18,3%. Seguidos por pacientes C3, C4, y C5 con un 3%, 1% y 2,6% respectivamente.

En el caso de los pacientes que acudieron al a Unidad de Emergencia Adulto, se presenta un comportamiento similar al descrito en el párrafo anterior, en donde la mayor tasa de pacientes derivados corresponde a los pacientes C1 con una tasa del 18%; seguidos de los pacientes C2, C3, C4 y C5 con un 9%, 7%, 4% y 3% respectivamente.

El Gráfico 46 representa el comportamiento de los pacientes que fueron derivados tanto de la Unidad de Emergencia Adulto, como de la Unidad de Emergencia Infantil, reflejando claramente que son los pacientes C1 y C2 quienes poseen una mayor tasa de derivación en comparación a los pacientes restantes. No obstante, no se observa una estacionalidad como en los Indicadores presentados anteriormente.



Capítulo V

Propuestas de Mejora

En el siguiente Capítulo, se presentan las propuestas de mejora diseñadas para la Unidad de Emergencias, definidas según las distintas dimensiones de los Indicadores medidos en el Capítulo IV.

Debido a las dificultades que se presentaron durante el proceso, las mejoras sólo pudieron ser propuestas y no aplicadas.

Propuestas al Área Clínica

- Aumentar equitativamente el personal clínico de turno en situaciones de mayor demanda.
 - i. Justificación: El equipo clínico por turnos habitualmente cuenta con 4 médicos, (1 médico residente y 1 médico de refuerzo por cada unidad), 4 Enfermeras/os (2 por unidad) y 5 TENS (1 Triage, 1 Observación, 1 Dispensario y 1 por Unidad). No obstante, en la época de mayor demanda, la mayor parte del tiempo el refuerzo de personal se incrementa únicamente en médicos, lo que conlleva a aumentar excesivamente el trabajo del personal clínico de cuidado y apoyo; aumentando con ello el cansancio de los mismos y la posibilidad de errores en procedimientos debido al incremento de procedimientos a realizar.

- Ingreso de pacientes a Box de atención únicamente cuando existan médicos disponibles para la atención médica.
 - i. Justificación: Si bien el ingreso a Box trae para el paciente la percepción de que pronto iniciará su atención médica, esto no asegura una atención inmediata por parte de los médicos de turno y pueden generarse excesivas



esperas en un Box de Atención. A lo anterior, es que se recomienda que el Ingreso a Box se realice únicamente cuando exista un médico disponible para atender al paciente, evitando el desperdicio del recurso.

- Mantener a pacientes menos graves en sala de espera por resultados y no en un Box de Atención.
 - i. Justificación: Para aquellos pacientes que se encuentran estables y en condiciones de salud menos graves, se recomienda que si se encuentran a la espera de un resultado por actividades de Apoyo al Diagnóstico lo hagan en una sala de espera dentro de la unidad y no en un Box de Atención, liberando así un recurso importante para la atención de otros pacientes.
- Asegurar la revisión de Exámenes previo a determinar un diagnóstico, tratamiento y/o destino del paciente.
 - i. Justificación: Es importante que previo a dar el alta del paciente e indicar un tratamiento y diagnóstico asociado, el médico tratante espere los resultados de los exámenes solicitados, independiente a la anamnesis realizada o a la insistencia por parte del paciente de retirarse de la unidad.
- Mantener advertencias respecto a los niveles de Higiene y Seguridad, para el personal y los acompañantes de los pacientes; especialmente en aquellos pacientes que requieren aislamiento o tratamientos especiales.
 - i. Justificación: es importante concientizar al personal y los acompañantes de los pacientes acerca del cuidado de la higiene que deben mantener, debido a la propagación de virus e infecciones intrahospitalarias.
- Capacitar al nuevo personal.
 - i. Justificación: Es importante que el nuevo personal y/o personal de reemplazo al iniciar su ingreso a la unidad, se encuentre en conocimiento



de los protocolos existentes en la Unidad de Emergencias, evitando así errores en procedimientos clínicos o faltas a los protocolos existentes.

- Evitar el exceso de trabajo por parte del personal clínico.
 - i. Justificación: Considerando la significancia de sus actividades y las consecuencias que pueden conllevar la mala realización de las mismas, es que se recomienda evitar el exceso de trabajo por parte del personal clínico, con el objetivo de disminuir los errores en procedimientos.

- Mantener un orden respecto a la documentación física del paciente y/o mantener una ficha digital.
 - i. Justificación: Mantener en sistema la documentación del paciente, resultados de exámenes e indicaciones facilita el alta administrativa, disminuyendo significativamente los tiempos de revisión de documentos y con ello el alta del paciente.

- Disponibilidad de Interconsultor
 - i. Es importante que el interconsultor de llamada demore la menor cantidad de tiempo posible en acudir a la necesidad del paciente, es por ello, que se recomienda que la prioridad de llamada del interconsultor sea a los recintos de atención aledaños a la ubicación de la unidad de emergencias (Establecer convenio).



Propuestas al Área Recursos Humanos

- Diseñar esquemas de incentivos.
 - i. Justificación: Diseñar esquemas de incentivos que contribuyan al cumplimiento de asistencia a turnos por parte del personal clínico, disminuyendo las tasas de ausentismo en turnos.

- Realizar Encuestas Mensuales al Personal
 - i. Justificación: Diseñar un sistema de encuestas obligatorias, relacionadas con la satisfacción del usuario interno (personal) que se desempeña en la Unidad de Emergencias, evaluando el ambiente laboral.

- Diseñar y difundir la Cultura Organizacional
 - i. Diseñar y difundir en la Unidad de Emergencias la cultura del servicio, con el principal foco de atención y bienestar hacia el paciente, permitiendo así interiorizar en el personal los valores y objetivos de la organización.

Propuestas al Área Servicio al Paciente

- Realizar Encuestas al Paciente Terminada su Atención en la Unidad de Emergencias
 - i. Justificación: Diseñar un sistema de encuestas voluntarias relacionadas con la satisfacción del paciente, mediante un set de 5 preguntas y sugerencias que le permitan al paciente y/o a sus acompañantes evaluar la calidad de atención recibida en la Unidad de Emergencias mientras se realiza el proceso de recaudación. Permitiendo así conocer la opinión y percepción del paciente respecto al servicio de atención Recibido en la Unidad.



Propuestas al Área Financiera

- Establecer una Política de Cobranzas
 - i. Justificación: Se recomienda establecer un sistema que permita llevar un registro de los pacientes que mantienen cuentas pendientes con la Unidad de Emergencias, permitiendo así mejorar la gestión de recursos, mediante un cobro periódico a los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencias.

- Diseño Presupuestario
 - i. Justificación: Se recomienda evaluar la estacionalidad de la demanda de la Unidad de Emergencias y los procesos llevados a cabo a la hora de diseñar el presupuesto de la Unidad de Emergencias, permitiendo así controlar de mejor manera la asignación de recursos.

- Control de Costos
 - i. Justificación: Realizar una evaluación de las actividades que presentan mayores desperdicios para la Unidad de Emergencias, permitiendo conocer y evaluar la eliminación de aquellas actividades que no contribuyen de manera eficiente al sistema de costos de la Unidad.

Propuestas al Área Gestión de Información

- Estudiar la cantidad de Pacientes que Acuden a la Unidad de Emergencias:
 - i. Justificación: Establecer un sistema de estudio de la Demanda de los pacientes, pudiendo así determinar la cantidad de recursos necesarios para aquellos periodos de mayor demanda, contribuyendo a la Eficiencia de la Atención del Paciente.

- Generar nuevos métodos de recolección de información para los procesos clínicos.
 - i. Justificación: Es importante mantener un activo conocimiento respecto al nivel de eficiencia con el cual se ejecutan los procesos en la Unidad de Emergencia, a lo anterior, es que se propone realizar un estudio que permita



implementar nuevos métodos de recolección de datos para cada uno de los procesos realizados y/o complementar los sistemas que ya mantiene la Unidad.

- Realizar informes y reuniones mensuales respecto al desempeño de la Unidad de Emergencias:
 - i. Justificación: Gestionar la información de las propuestas obtenidas previamente, permitiendo así generar informes que den a conocer el Desempeño de las distintas actividades que son desarrolladas en la Unidad de Emergencias, mediante un programa de reuniones mensuales, que permita dar a conocer a la Unidad de Emergencias cuál es el Desempeño periódico de la Unidad, los puntos críticos del desempeño, proponer e informar las acciones correctivas a realizar para contribuir a mejorar el desempeño.



Capítulo VI

Conclusiones

En este capítulo, se presentan las conclusiones del trabajo realizado y la contribución de la adopción del Modelo de Medición del Desempeño y Propuestas de Mejoras obtenidas una vez evaluado el Desempeño de la Unidad de Emergencias. Adicionalmente, se discuten sugerencias para futuras investigaciones.

Del trabajo realizado, se puede concluir que la realización de Evaluaciones de Desempeño es fundamental para todo tipo de organización y debido a la naturaleza de las Instituciones de Salud, este tipo de evaluaciones deberían ser consideradas primordiales sobre todo en las Unidades de Emergencia.

Llevar a cabo una Evaluación de Desempeño en Unidades de emergencia resulta una tarea compleja, principalmente debido a lo subjetivo que puede resultar medir conceptos tales como calidad y eficiencia en un Servicio de Salud, además de los intereses que pueden existir frente a la realización de una evaluación de este tipo dependiendo del sector en que se realice. Por ejemplo, en el sistema de salud privado, los intereses difieren considerablemente entre pacientes, administrativos e inversionistas, ya que mientras los primeros esperan la mejor atención médica, los segundos buscan optimizar recursos y los terceros esperan obtener la mayor rentabilidad posible.

Definir una atención médica de calidad es difícil, ya que no puede separarse de una atención médica eficiente, considerando que, si no se tiene en cuenta el uso adecuado de los recursos, la disponibilidad de recursos para llevar a cabo otras atenciones no será suficiente. La necesidad de medir calidad y eficiencia resulta obvia; sin embargo, siempre resulta un desafío debido a que los indicadores utilizados deben ser segregados entre la atención entregada, las características de cada paciente y la gestión de la unidad de emergencia en estudio.



La realización de Evaluaciones de Desempeño se considera una herramienta poco recurrente, sobre todo en el sector salud. Lo anterior, debido a la complejidad que presenta la disponibilidad de la información y la escasez de comunicación por parte de los distintos departamentos que gestionan las Unidades de Emergencias. No obstante, este tipo de herramientas permite evaluar la calidad de las distintas actividades que se realizan para llevar a cabo la atención del paciente, ya que, mediante la aplicación del Modelo de Medición del Desempeño, se permite evaluar de manera integral las actividades que se llevan a cabo en las Unidades de Emergencia, visualizando el impacto de los procesos, la satisfacción usuaria, la capacidad de atención, la gestión de recursos y los resultados de la misma; permitiendo identificar aquellas actividades que no contribuyen de manera eficiente al cumplimiento de objetivos de las Unidades de Emergencia y con ello generar oportunidades de cambio.

En relación a los resultados esperados, considerando el bajo nivel de satisfacción desde el punto de vista del paciente que hoy mantiene el sistema de salud a nivel nacional, se pudo concluir que en esta unidad de emergencias específicamente, el descontento por parte del paciente es bastante bajo, lo que se ve reflejado en las bajas tasas de errores clínicos registradas por la Unidad de Emergencias y la baja de tasa de reclamos.

Lo anterior, se justifica básicamente en los reducidos tiempos de espera a los que se ven expuestos los pacientes, lo cual depende en un alto porcentaje al trabajo realizado por el personal clínico. No obstante, y considerando la estacionalidad de la demanda del servicio, estos tiempos aumentan considerablemente en los meses de “Campaña de Invierno” los cuales para esta unidad se han establecido entre los meses de abril y septiembre, debido al significativo aumento de la demanda del servicio para la Unidad de Emergencias.

En este sentido y conociendo el significativo aumento de la demanda durante este periodo es que es importante mantener una gestión de recursos eficiente, considerando tanto recursos físicos, humanos y económicos. En lo que respecta a los recursos físicos los resultados indican que existe una buena gestión de los mismos, manteniendo un 100% de



los recursos mantenidos listos para su uso y un 0% de recursos no disponibles. En lo que respecta al recurso humano (personal clínico), si bien existe un aumento de la disponibilidad de los mismos durante los periodos de mayor demanda, esta no es equitativa descompensando los niveles de eficiencia del servicio, entregando exceso de trabajo a los niveles de apoyo a la atención del paciente. Sin embargo, respecto al conocimiento del personal, este se encuentra altamente capacitado para desempeñar sus funciones. En lo que respecta a los recursos económicos, existe un bajo cumplimiento del presupuesto establecido, lo cual incrementa las oportunidades de desperdiciar recursos para el funcionamiento de la unidad, además de mantener una deficiente política de cobro a pacientes y regularización de cuentas.

En este sentido, es que se proponen mejoras a la Unidad de Emergencias por área y no por indicador, con el objetivo de mejorar el sistema de manera integral y no enfocarse en parte de los objetivos.

Es importante destacar que, para poder implementar este modelo de manera eficiente y exitosa, deben definirse las siguientes prácticas.

1. Debe existir un compromiso por parte de las personas a cargo de la Unidad de Emergencias y el personal clínico involucrado en la alta administración, para aplicar el Modelo de Evaluación del Desempeño.
2. Debe existir un compromiso por parte de los departamentos que participan en la gestión de la información relacionada con la Unidad de Emergencias.
3. Definir una persona capacitada para efectuar las mediciones respectivas de cada indicador según los periodos establecidos. Además de evaluar los resultados obtenidos en comparación a las metas establecidas.
4. Definir un responsable de la preparación y emisión de informes que permita entregar la información a los responsables de la unidad de Emergencias de manera clara y concisa.



5. Definir responsables de la participación de proyectos de mejora que lleve un registro de lo acordado y permita la realización de informes al personal responsable de la unidad.
6. Definir responsables que comuniquen y normalicen los procesos de gestión de cambio a los que será sometido el personal que se desempeña en las Unidades de Emergencia.

En lo que respecta a sugerencias para futuras investigaciones, es importante destacar que este modelo fue aplicado sólo a una Unidad de Emergencia, correspondiente al sector de salud privado en la Región de O'Higgins. A lo anterior, es que se recomienda ampliar esta muestra, permitiendo así conocer como varía el desempeño de las distintas unidades de Emergencia en las distintas regiones del país de ser así, las causas de la variabilidad en el desempeño. Es importante que las personas involucradas en este tipo de investigaciones posean conocimientos respecto al funcionamiento del Sector Salud y las herramientas de medición a utilizar.



Bibliografía

- Ansari, M. (1997). Nosocomial Infection Indicators in Australian Hospitals: Assessment According to Hospital Characteristics. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 73- 82.
- Archer, S., y Otley, D. (1991). Strategy, Structure, Planning and Control Systems and Performance Evaluation. *Management Accounting Research*, 263-303.
- Berwick, D. (1989). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 53-56.
- Bevan, G., y Hood, C. (2006). What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, 517-538.
- Bonnefoy, J. (2006). Indicadores de Desempeño en el Sector Público. *United Nations Publications*, vol 45.
- Boudreaux, E., y O'Hea, E. (2004). Patient Satisfaction in the Emergency Department: a Review of the Literature and Implications for Practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 13-26.
- Bourne, M., Mills, J., Wicox, M., Neely, A., y Platts, K. (2000). Designing, Implementing and Updating Performance Measurement Systems. *International Journal of Operations y Production Management*, 754-771.
- Brice, J., Garrison, H., y Evans, A. (2009). Study Design and Outcomes in Out- of Hospital Emergency Medicine Research: A Ten- Year Analisis. *Prehospital Emergency Care*, 144-150.
- Canby, J. (1998). Applying activity-based costing to healthcare settings. *Canby, J. B. (1995). Applying activity-based costing to healthcare settings. Healthcare Financial Management: Journal of the Healthcare Financial Management Association.*



- Chan, Y. C. (1993). Improving Hospital Cost Accounting with Activity- Based Costing. *Health Care Management Review*, 71-77.
- Changchit, C., Wholsapple, C., y Eviator, R. (2001). Transferring Auditors' Internal Control Evaluation Knowledge to Management. *Expert Systems with Applications*, 275-291.
- Cokins, G., Stratton, y Helbin. (1993). An ABC Manager's Primer. *IMA Publicaions*.
- Croasdell, D., Smolnik, S., y Jennex, M. (2008). Towards Measuring Knowledge Management Success. *Hawaii International Conference on System Sciences, Proceedings of the 41st Annual*, (págs. 1530-1605).
- Dixon, R., Nanni , A., y Vollman , T. (1990). The new Performance Challenge: Measuring Operations of World- Clas Competition. *Irwin Professional Pub*.
- Donabeidan, A. (1996). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 166-206.
- Dowless, R. (1997). Using Activity-Based Costing to Guide Strategic Decision Making. *Healthcare Financial Management.*, 86-89.
- Eccles, R. (1991). The Performance Measurement Manifiesto. *Harvard Business Review*, 131-139.
- El Sayed, M. (2012). Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*.
- Fariás, A. (2003). Control de Gestión: Un Enfoque Integral". *Revista Estudios de Información y Control de Gestión*,, 1-70.
- Fineberg, D., y Steward, M. (1977). Analysis of Patient Flow in the Emergency Room. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 551-559.
- Ghalayini, A., y Noble, J. (1996). The changing basis of performance measurement. *International Journal of Operation and Productiona Management*, 63-80.



- GlickC., N., Blackmore, C., y Zelman, W. (2000). Extending Simulation Modeling to Activity-Based Costing for Clinical Procedures. *Journal of Medical Systems*, 77-89.
- Gunasekaran, A., Patel, C., y Mc Gaughey, R. (2004). A Framework for Supply Chain Performance Measurement. *Int. J. Produccion Economics*, 333-347.
- Haya, R., Pronovost, P., y Diette, G. (2002). The Advantage and Disadvantages of Process-Based Measures of Health Care Quality. *International Journal Quality Healthcare*, 469.
- Heinrich, C. (1999). Do Government Bureaucrats Make Effective use of Performance Management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 363-394.
- Hernández, M. (2002). Evaluación del Desempeño de las Organizaciones Públicas a través de la Calidad. *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, (págs. 8-11). Lisboa.
- Horngren, C., Foster, G., y Datar, S. (2007). Contabilidad de Costos: Un Enfoque Gerencial. En Horngren, Foster, y Datar, *Contabilidad de Costos: Un Enfoque Gerencial* (pág. 868).
- Hoyt, R., y Lay, C. (1995). Linking Cost Control Measures to Health Care Services by Using Activity-Based Information. *Health Services Management Research*, 221-233.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública* 2004, 30.
- Jones, S., Todd, A., Flottemesch, T., y Welch, S. (2006). An Independent Evaluation of Four. *Society for Academic Emergency Medicine Quantitative Emergency Department Crowding Scales*, 1204-1211.
- Kaplan, R., y Cooper, R. (1999). Coste y Efecto. En *Coste y Efecto*.



- Kaplan, R., y Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 71-79.
- KasviMatti, J., Vartiainen , M., y Hailikari, M. (2003). Managing Knowledge and Knowledge Competences in Projects and Project Organisations. *International Journal of Project Management*, 571-582.
- Kelman, S., y Jhon, F. (2009). Performance Improvement and Performance Dysfunction: An Empirical Examination of Distortionary Impacts of the Emergency Room Wait-Time Target in the English National Health Service. *Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access*, 1-30.
- Kelvin, L. (s.f.).
- Laffel, G., y Blumenthal, D. (1989). The Case for using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations. *Medical News y Perspectives*, 2869-2873.
- Lee, H.-J., Chang , W.-Y., Huang, S.-H., Chen, P.-L., y Yang, M.-C. (2004). Using a Balanced Scorecard to Improve the Performance of an Emergency Department. *Nursing Economics*, 140.
- Lohr, K., y Schroeder, S. (1990). A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *The New England Journal Medicine*, 707-712.
- Longbottom , D., y Chourides, P. (2001). Knowledge Management: A Survey of Leading UK Companies. In *Proceedings of the 2nd MAAOE International Conference: "Towards a Sustainable Excellence*, (págs. 26-113).
- Mainz, J. (2003). Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 523-530.
- Marr, B. (2004). Measuring and Benchmarking Intellectual Capital. *Benchmarking: An International Journal*, 559-570.



- Marshall, M. (2000). What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. *The Public Release of Performance Data, 1866-1874*.
- Maskel, B. (1991). Performance Measurement for World Class Manufacturing. En B. Maskel, *Performance Measurement for World Class Manufacturing* (pág. 429). Portland.
- Maskell, B. (1989). Performance Measurement for World Class Manufacturing. *Management Accounting*, 3-32.
- McGlyn, E. (1998). The Outcomes Utility Index: Will Outcomes Data Tell us What we Want to Know? *International Journal of Quality in Health Care*, 485-490.
- McMann, P., y Nanni, A. (1994). Is Your Company Really Measuring Performance. *Management Accounting*, 55-8.
- Medicine, I. o. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *British Medical Journal*, 1192.
- Miró, O., Sánchez, M., Coll-Vinent, B., y Millá, J. (2001). Indicadores de Calidad en Urgencias: Comportamiento en Relación con la Presión Asistencial. *Medicina Clínica*, 92-97.
- Miró, O., Sánchez, M., Coll-Vinent, B., y Millá, J. (2003). Analysis of Patient Flow in the Emergency Department and the effect of an extensive reorganisation. *Emergency Medicine Journal*, 143-148.
- Neriz, L., López, H., y Ramírez, T. (2005). Aplicación del Sistema de Costeo ABC para Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía”.
- Orfila, J., Hernández, R., Sabo, R., y Velandia, C. (2014). Indicadores de Gestión de Rendimiento y Calidad en un Servicio de Emergencia. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, 40-56.



- Player, S. (1998). Activity-Based Analyses Lead to Better Decision Making. *Healthcare Financial Management.*, 66-71.
- Rajabi, A., y Dabiri, A. (2012). Applying Activity Based Costing (ABC) Method to Calculate Cost Price in Hospital and Remedy Services. *Iranian J Publ Health*, 100-107.
- Ramsey, R. (1994). Activity Based Costing for Hospitals . *Hospital y Health Services Administration*, 385+.
- Reeder, T., y Herbert, G. (2001). When the Safety Net Is Unsafe: Real-time Assessment. *Academic Emergency Medicine*, 1070-1074.
- Rincon, R. (1998). Los Indicadores de Gestión Organizacional: Una Guía para su Definición . *Universidad EAFIT* , 43-59.
- Rosanas, J. (2006). Indicadores de Gestión, Incentivos, Motivación y Ética en el Control de Gestión. *Revista de Contabilidad y Dirección* , 129-150.
- Schroeder, R., Anderson, J., y Scudder, G. (1986). White Collar Productivity Measurement. *Management Decision*, 3-7.
- SEMES. (2001). Calidad en los Servicios de Urgencias: Indicadores de Calidad. *Emergencias* , 60-65.
- Sharpe, W. (1992). Asset Allocation: Management Style and Performance Measurement. *The Journal of Portfolio Management*, 7-19.
- Snooks, H., Evans, A., Wells , B., Peconi, J., Thomas , M., Wollard , M., . . . Hartley-Sharpe, C. (2009). What are the Highest Priorities for Research in Emergency Prehospital Care? *Emergency Medicine Journal*, 549-550.
- Soto, Y., y Grisel, P. (2004). *Diseño y Aplicación de un Sistema de Costo Basado en las Actividades en el Hospital Universitario.*



Spiege, D., Lilford, R., y Mohammed, M. (2004). Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*, 1147-1154.

Tejedor, M., Jimenez, L., y Bandera, J. (1998). El Coste de los Procesos Clínicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*, 393-405.

Tobar, E., Retamal, A., y Garrido , N. (2014). Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital Universitario. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 189-200.

West, T., Andrew, B., y West, D. (1996). Contrasting RCC, RVU, and ABC for managed care decisions. *Healthcare Financial Management.*, 54+.

Wisner , J., y Fawcett , S. (1991). Linking Firm Strategy to Operating Decisiond through Performance Measurement. *Production and Inventory Management Journal*, 5-11.

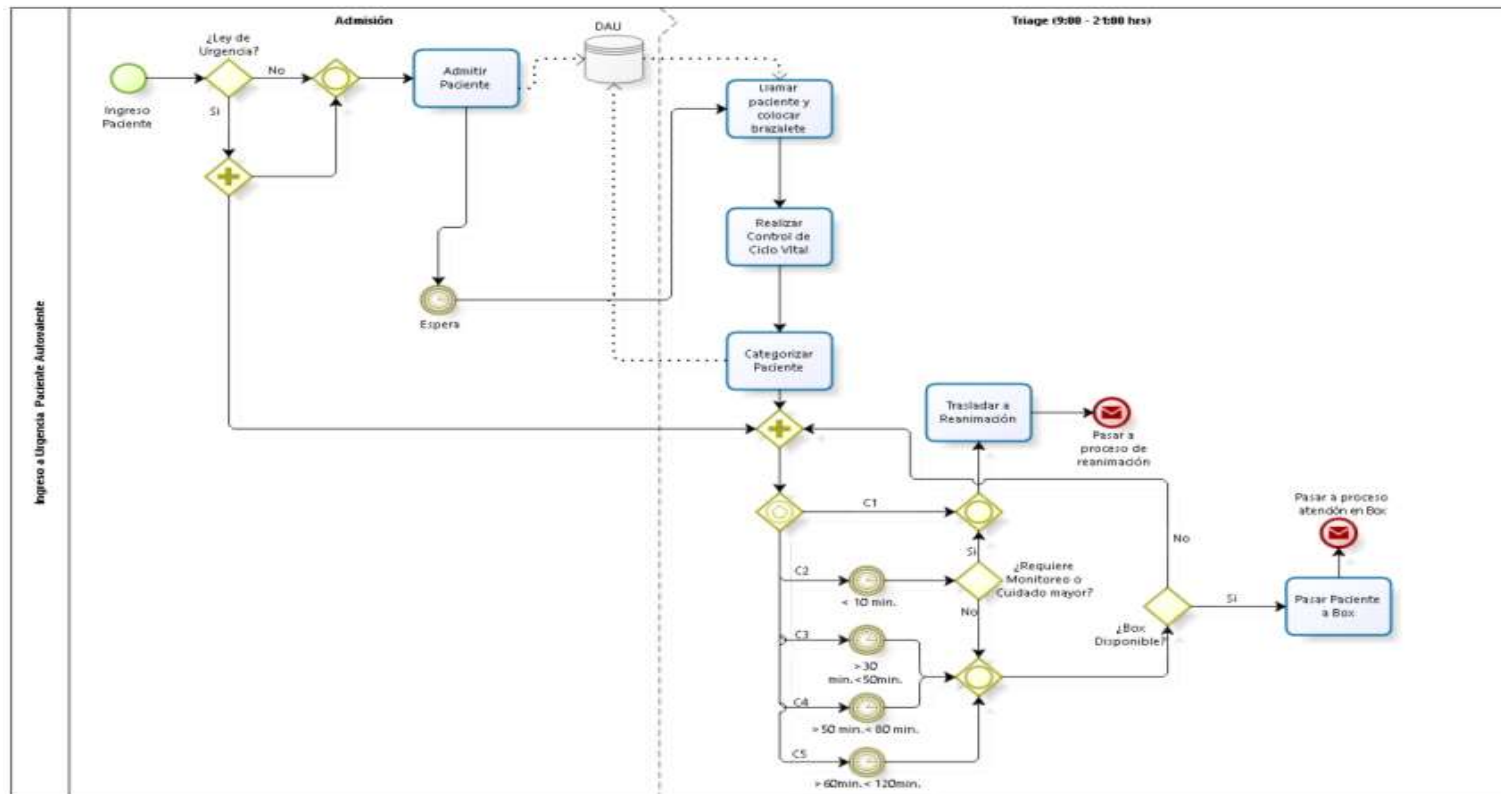


Anexos



Anexo A: Procesos de la Unidad de Emergencias

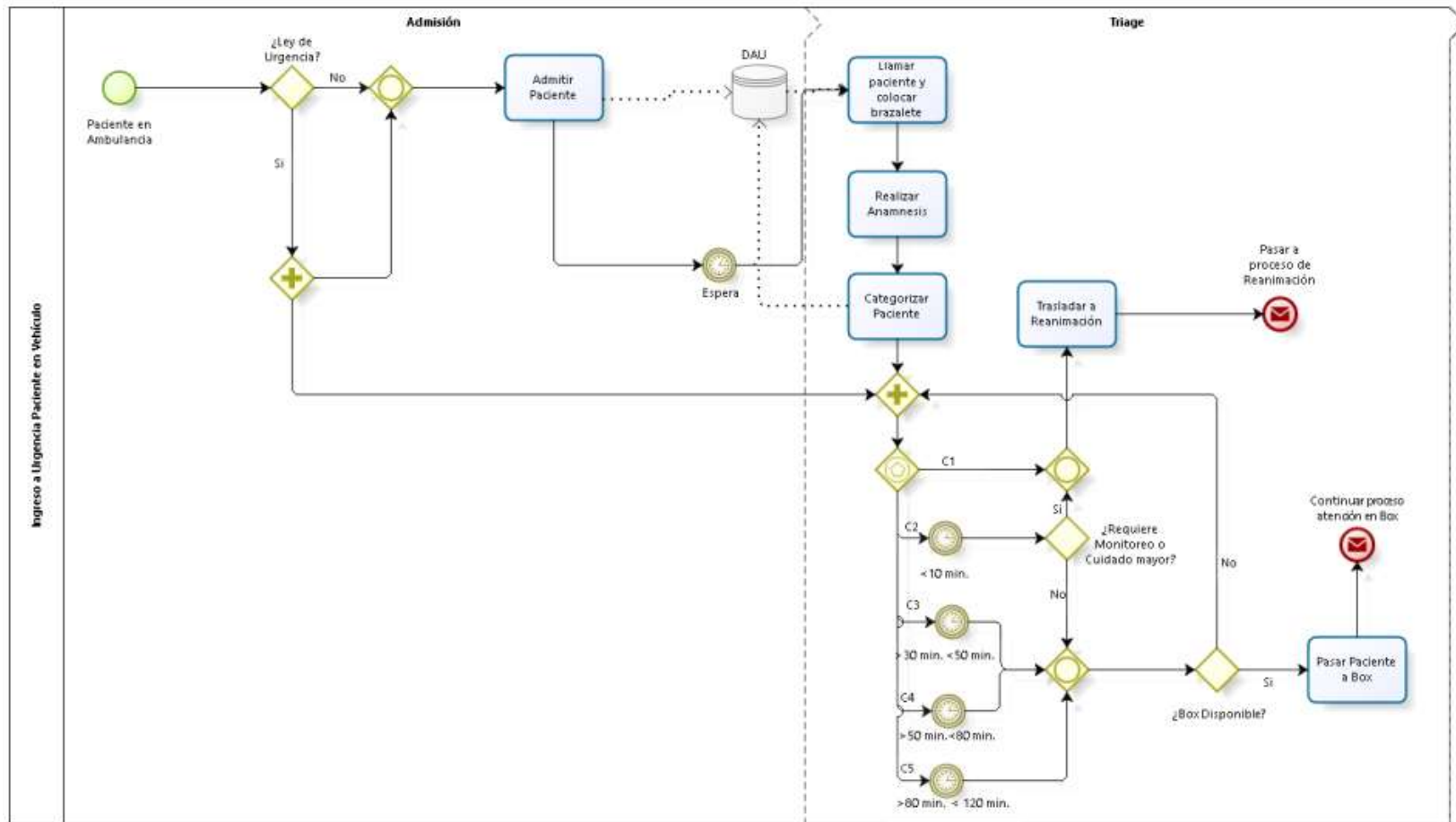
Figura 1: Ingreso Paciente Autovalente



Fuente: Elaboración Propia



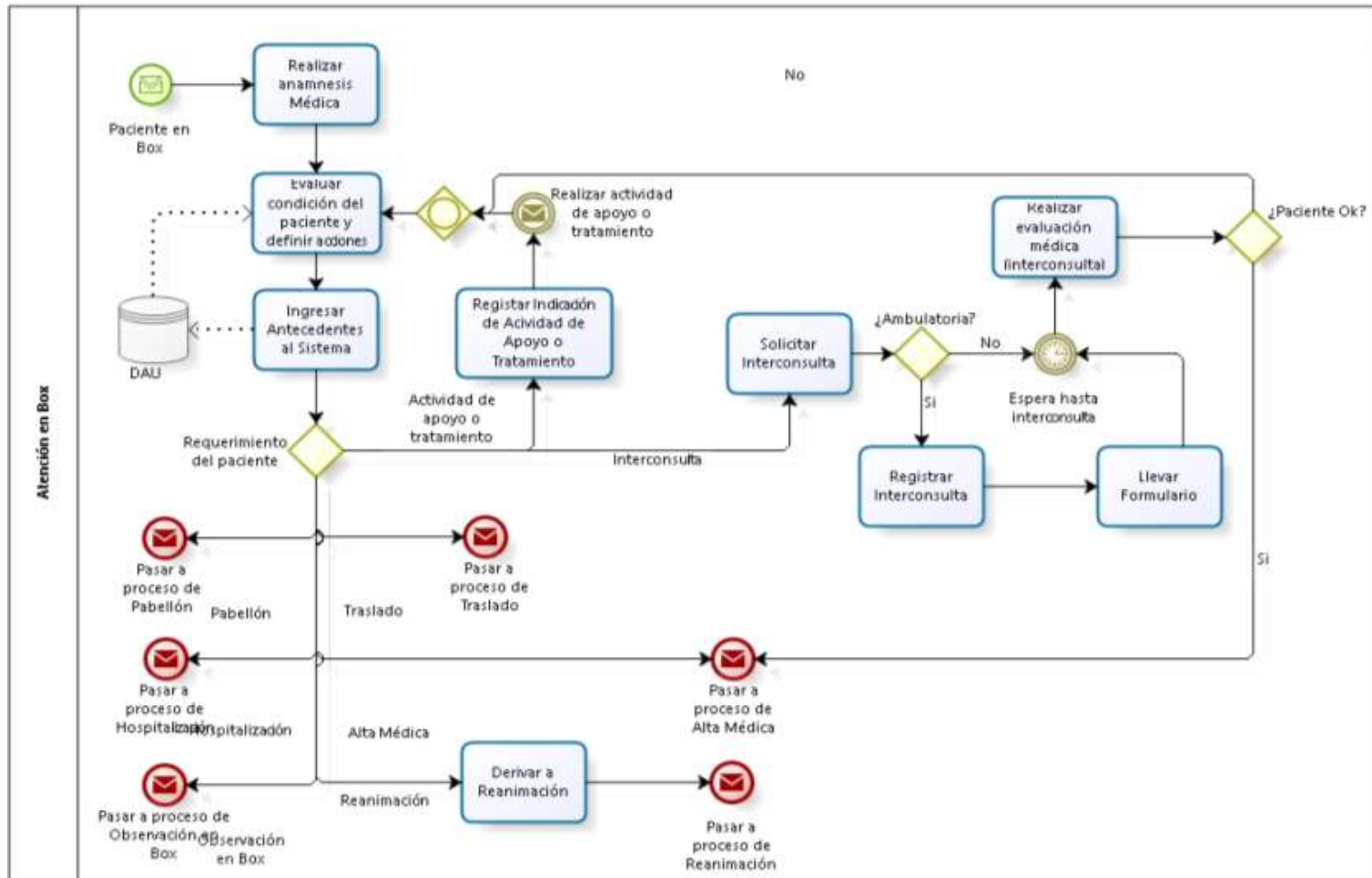
Figura 2: Ingreso a Urgencia en Vehículo



Fuente: Elaboración Propia



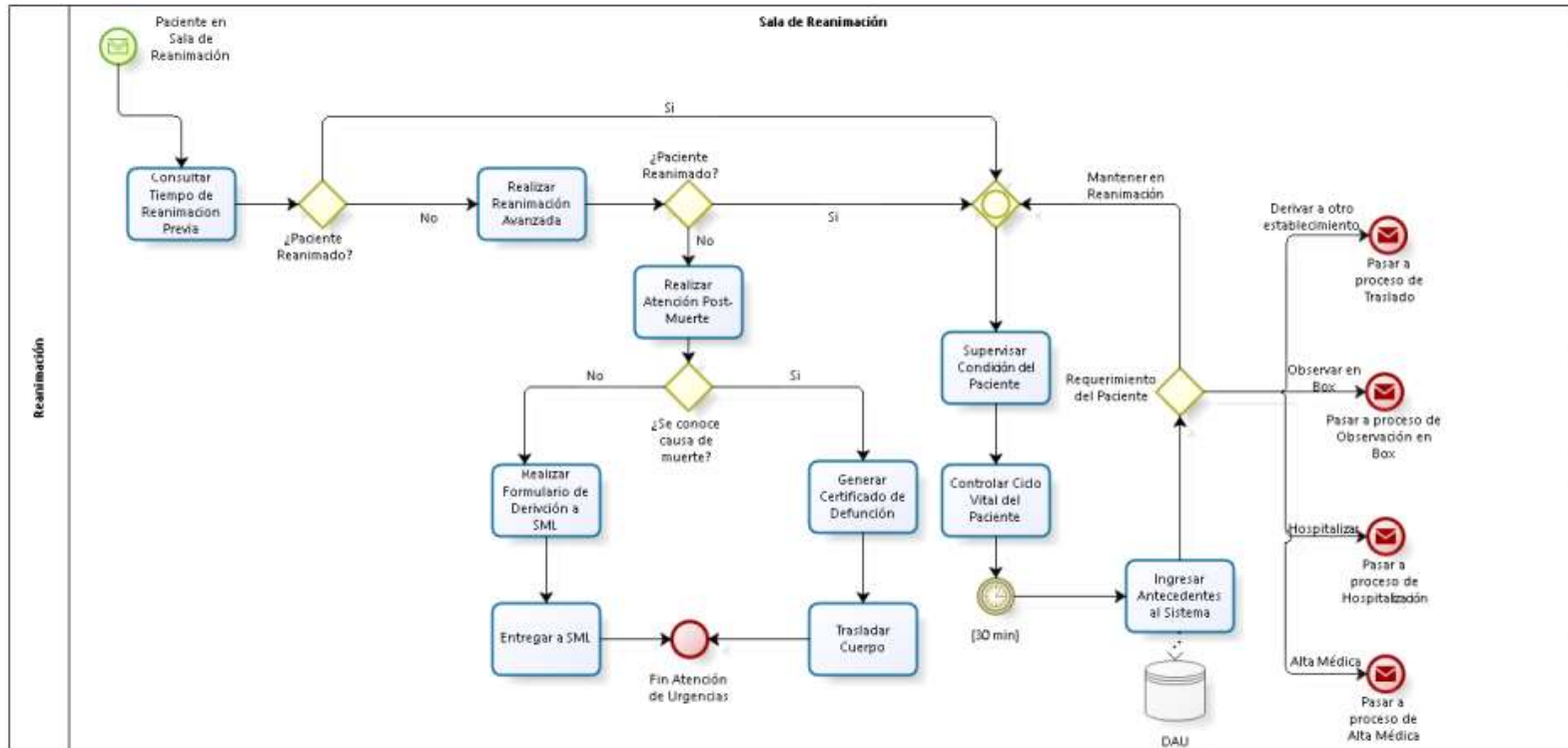
Figura 3: Atención en Box



Fuente: Elaboración Propia



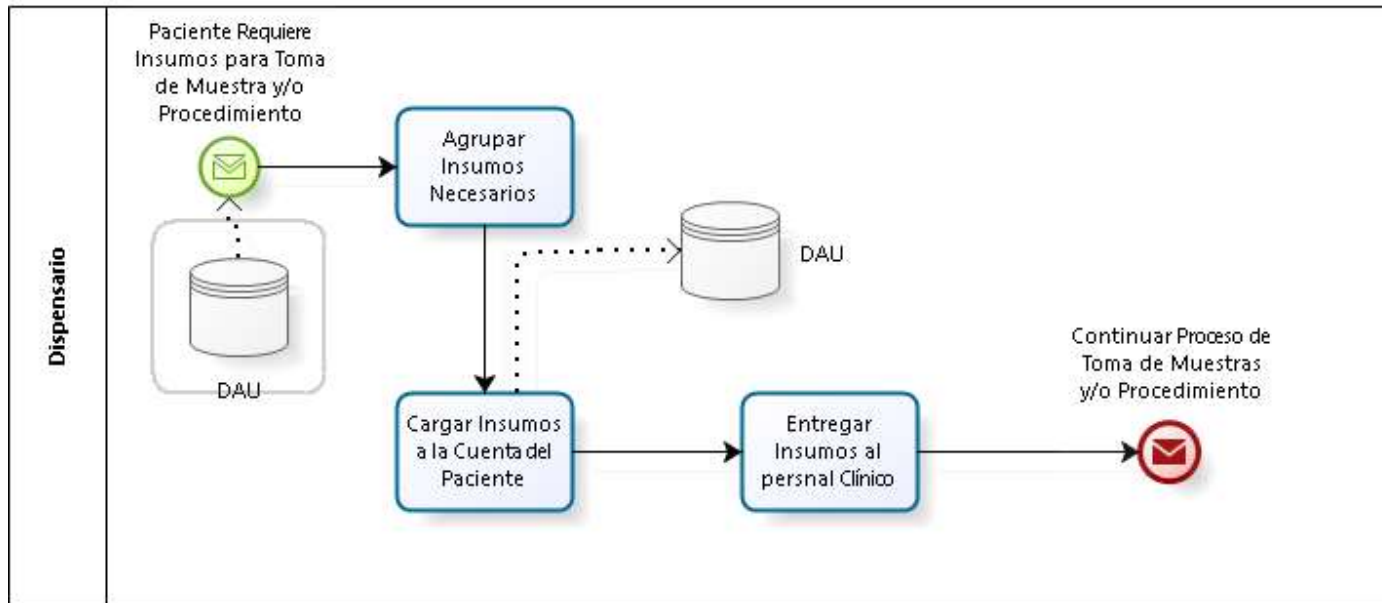
Figura 4: Reanimación



Fuente: Elaboración Propia



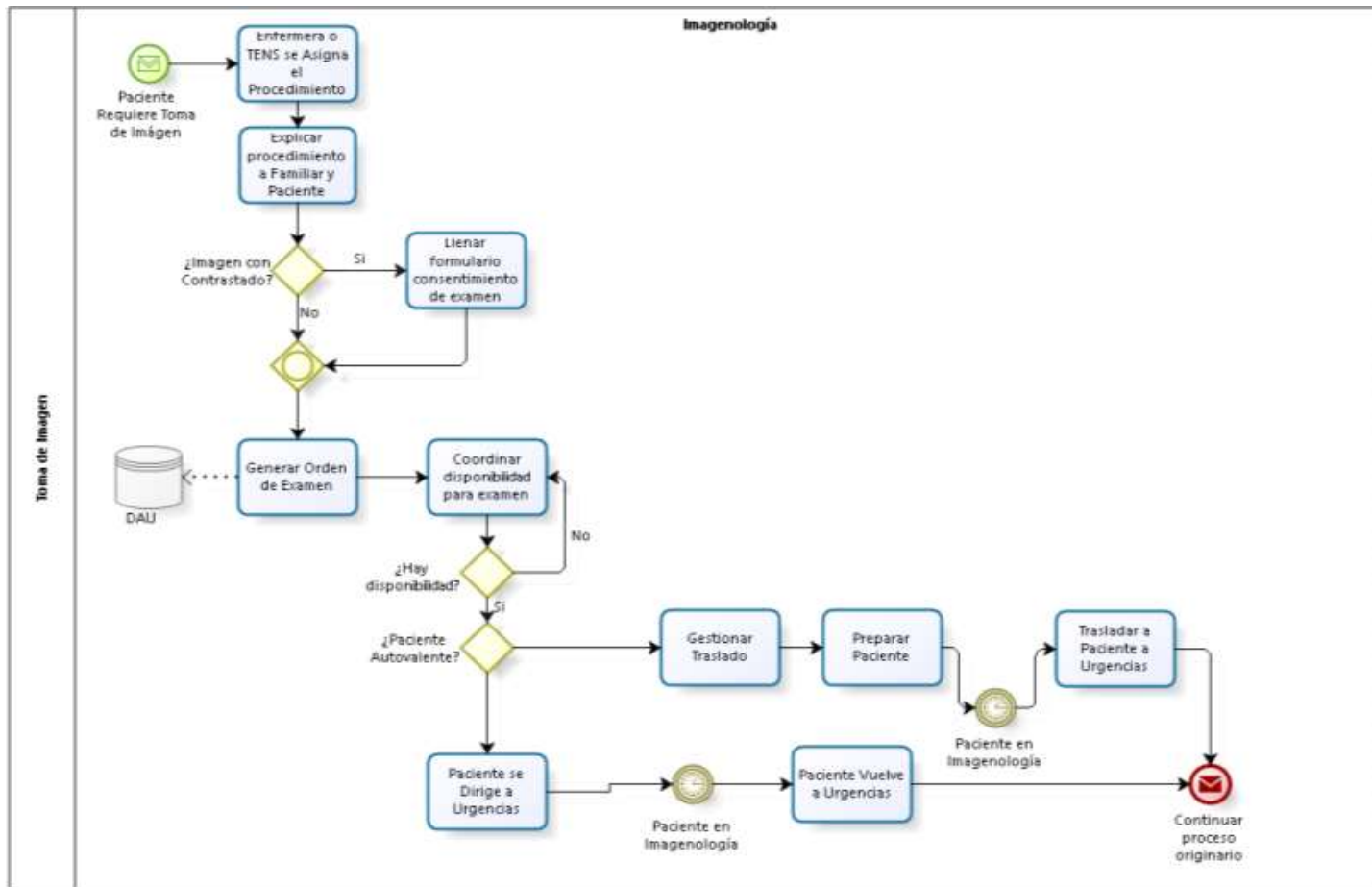
Figura 5: Preparación y Entrega de Insumos



Fuente: Elaboración Propia.



Figura 6: Toma de Imágenes

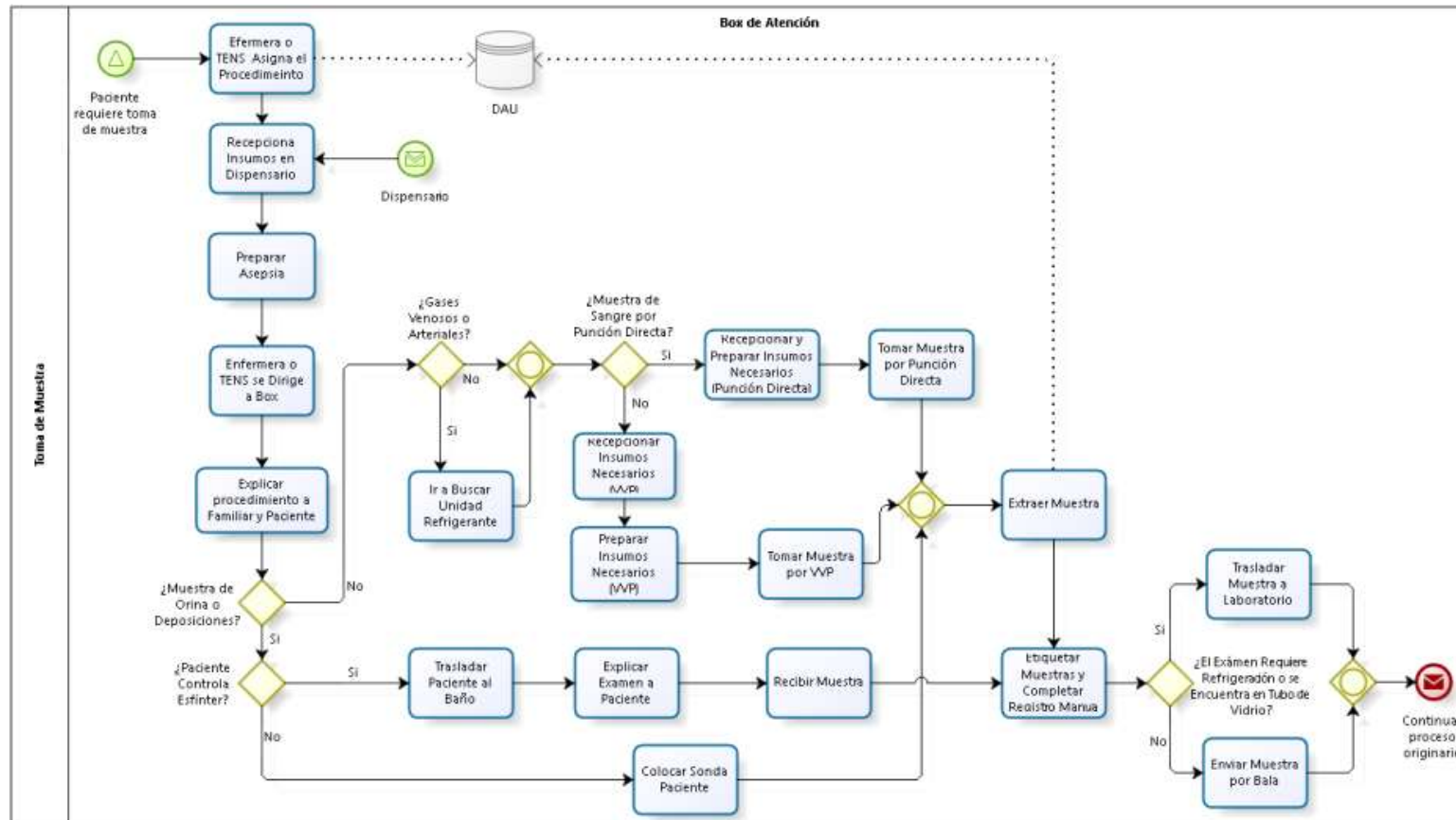


Fuente:

Elaboración Propia



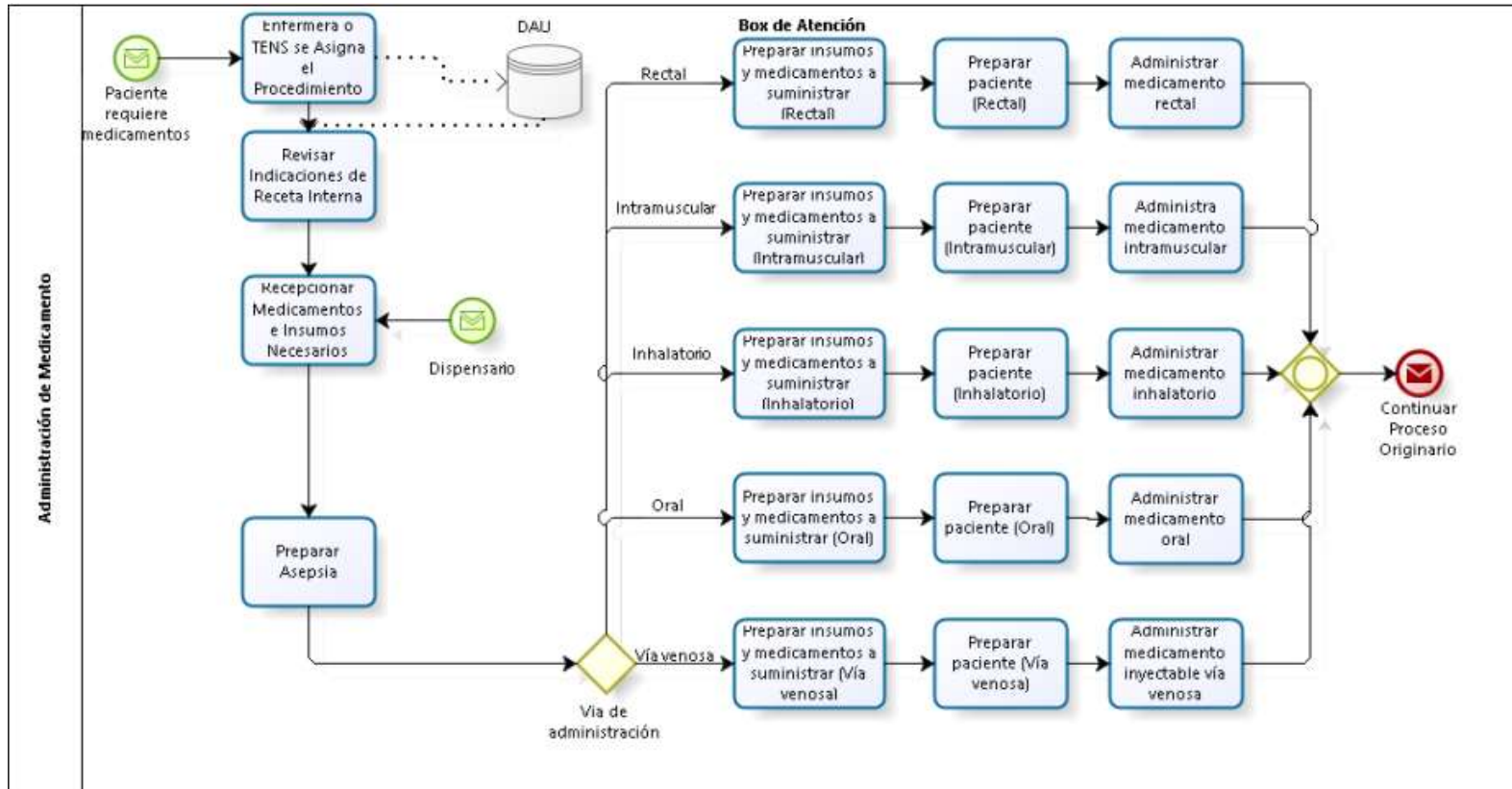
Figura 7: Toma de Muestras



Fuente: Elaboración Propia



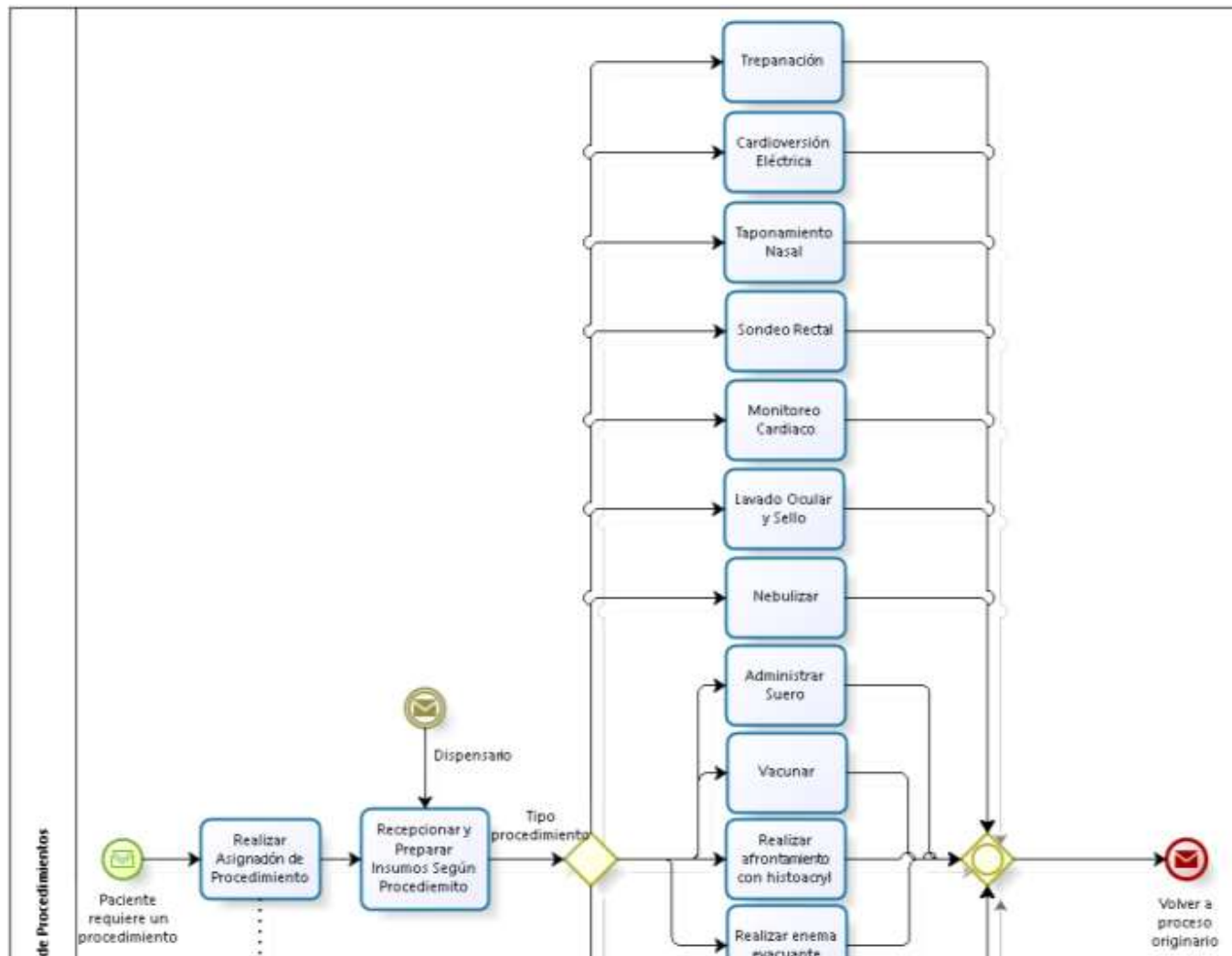
Figura 8: Administración de Medicamentos

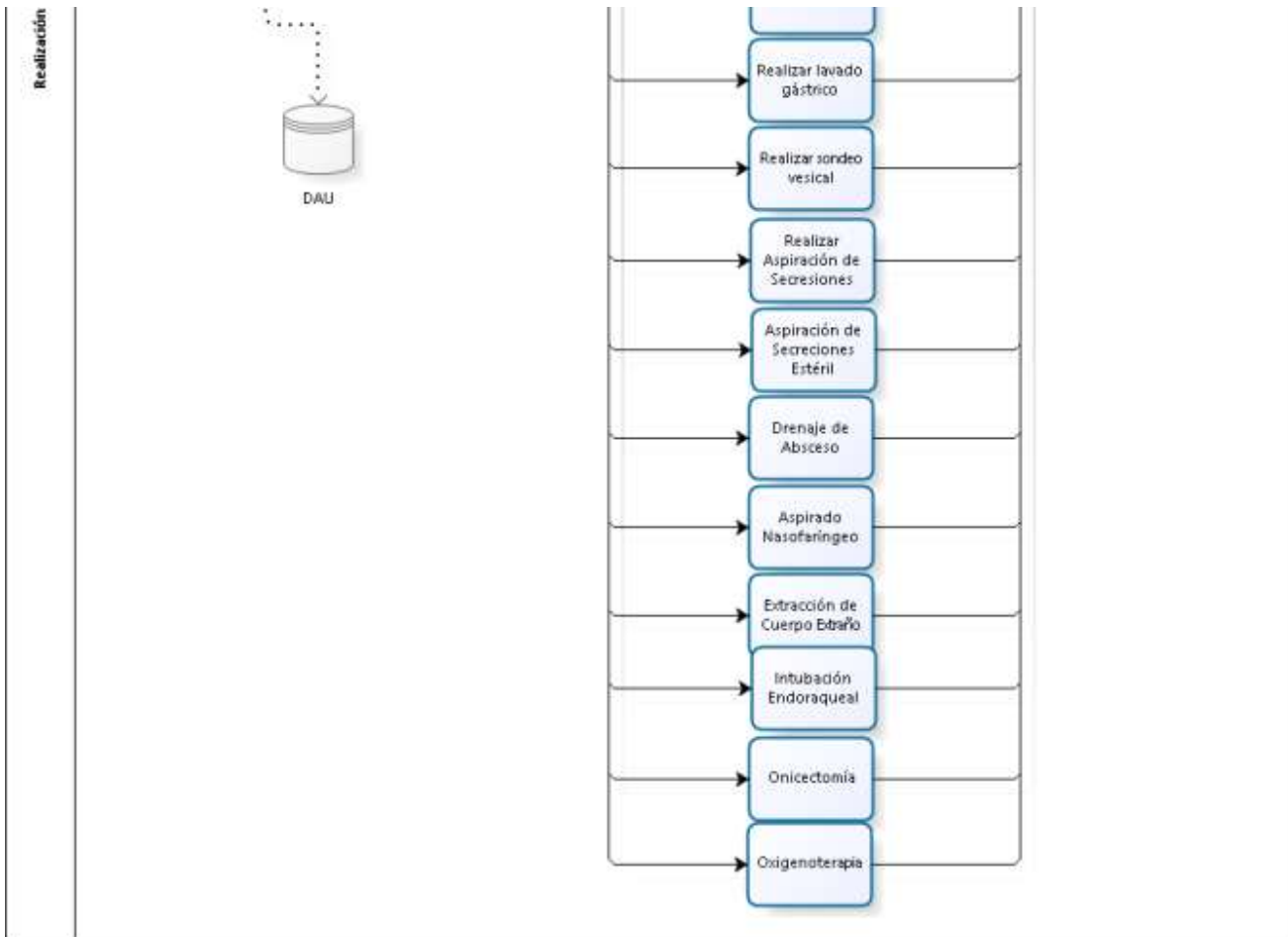


Fuente: Elaboración Propia



Figura 9: Procedimientos

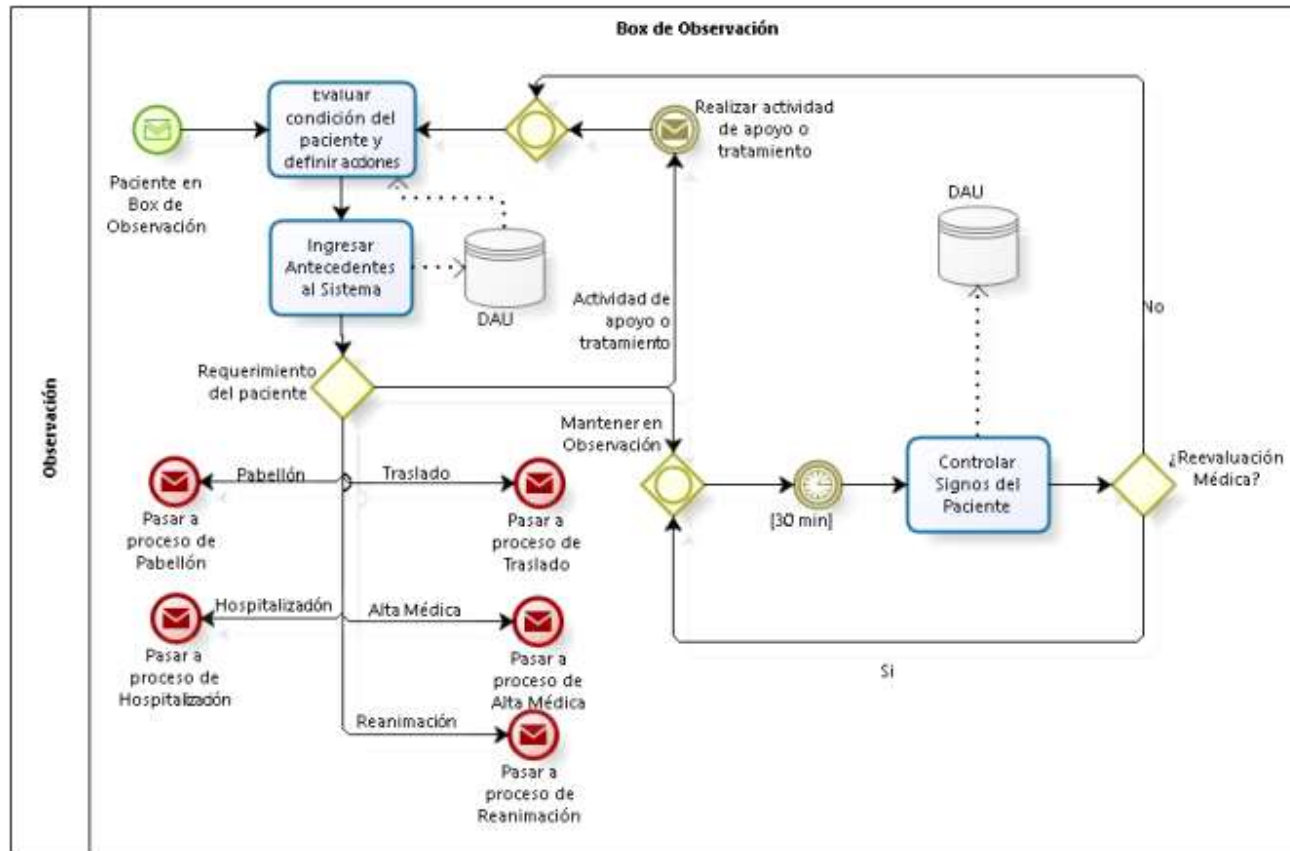




Fuente: Elaboración Propia



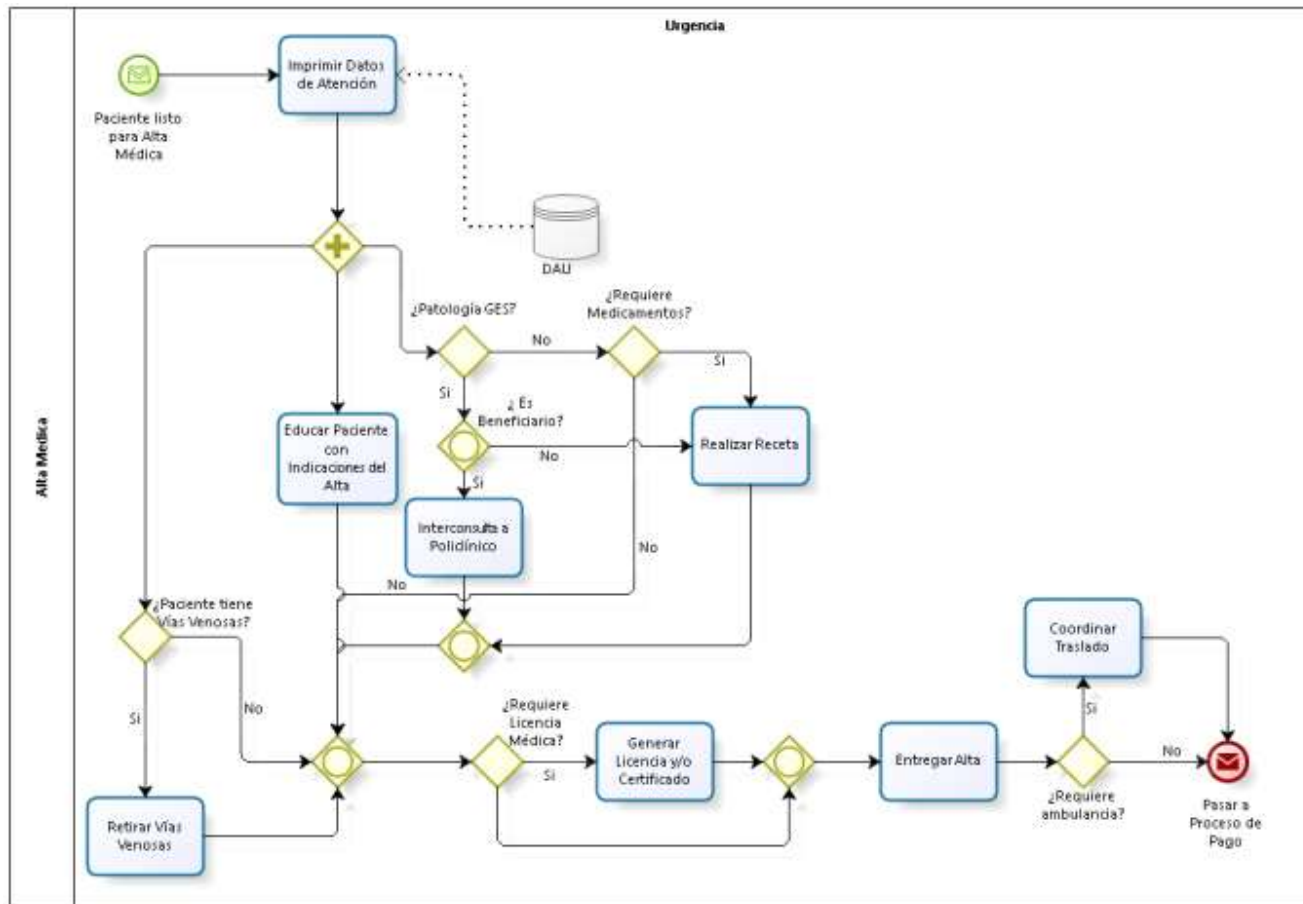
Figura 10: Observación



Fuente: Elaboración Propia



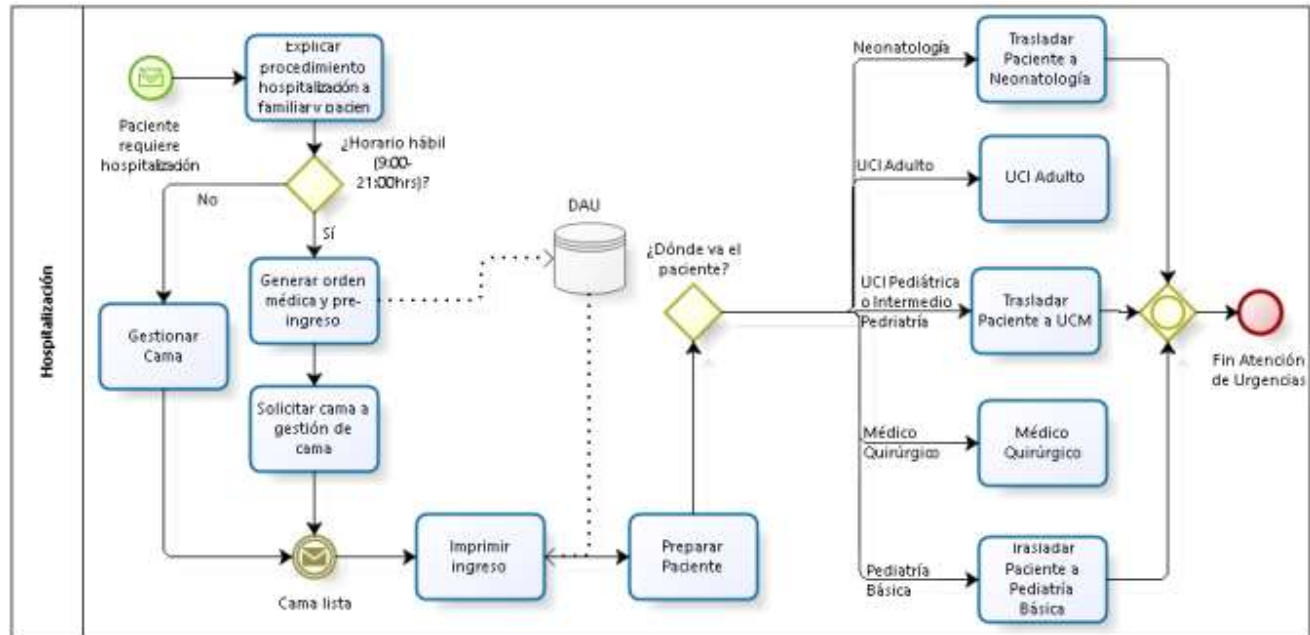
Figura 11: Alta Médica



Fuente: Elaboración Propia



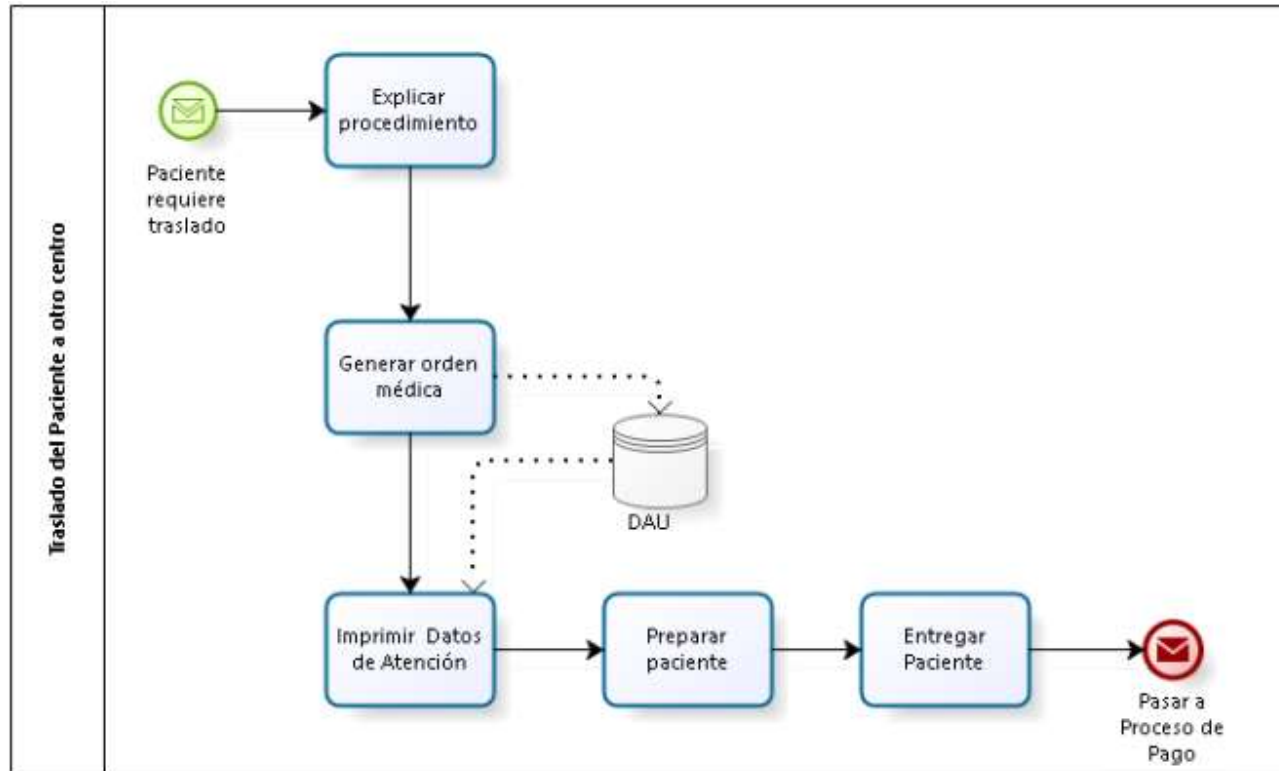
Figura 12: Hospitalización



Fuente: Elaboración Propia



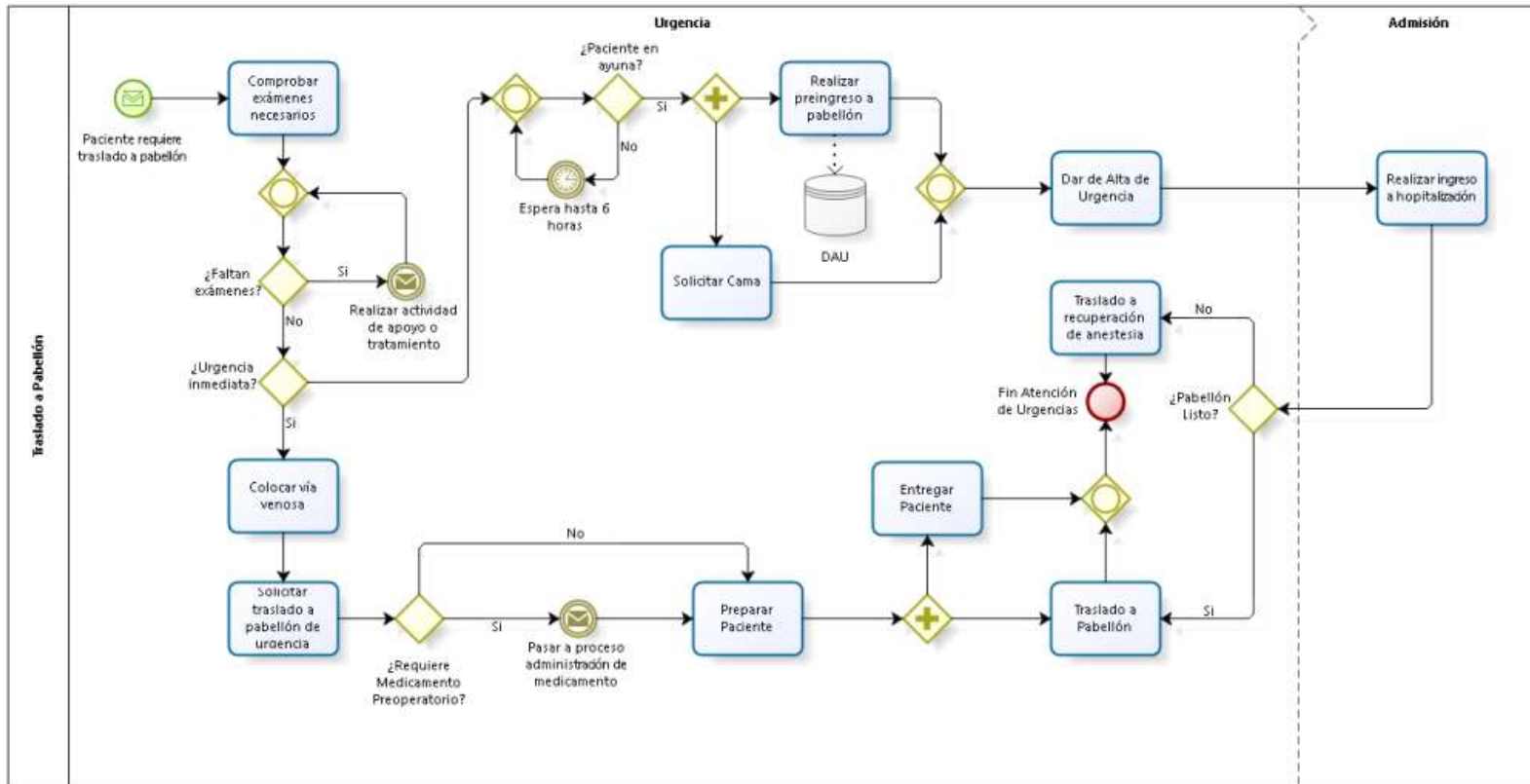
Figura 13: Traslado de Paciente a Otro Centro



Fuente: Elaboración Propia



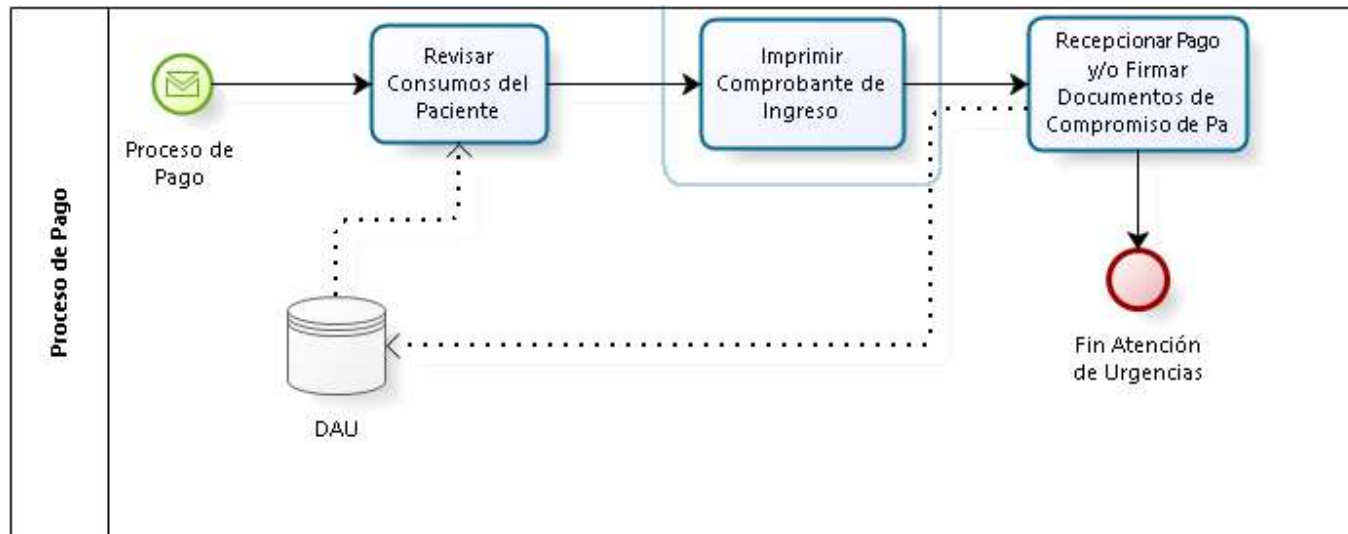
Figura 14: Traslado a Pabellón



Fuente: Elaboración Propia.



Figura 15: Recaudación



Fuente: Elaboración Propia.



Anexo B: Ficha de Indicadores.

Indicadores de Tiempo

Indicador: Tiempo Promedio de Espera de Admisión				
Justificación	La alta demanda que poseen los Servicios de Urgencias evitan un proceso de admisión rápido y con ello el aumento de tiempo que un paciente debe esperar para ser admitido			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera de Admisión	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de inicio de admisión. Hora de llegada del paciente})}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Inicio de Admisión	Hora en que inicia el Proceso de Admisión del Paciente.
			Hora de Llegada del Paciente	Hora en que el paciente ingresa a la Unidad de Emergencias.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes admitidos.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera a Triage				
Justificación	Medir el espacio de tiempo existente desde que el paciente es admitido en el Sistema de Urgencias, hasta que es ingresado a Triage para su categorización en paciente C1, C2, C3, C4 o C5.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera a Triage.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum (\text{Hora entrada Triage} - \text{Hora término admisión})}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Entrada a Triage	Hora de ingreso de paciente a Box de Triage.
			Hora de Término de Admisión	Hora en que el paciente termina de ser recepcionado e ingresa a sala de espera.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes categorizados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	

A diferencia de la métrica que presenta la ficha del indicador, la medición de Tiempo Promedio de Triage fue calculado de la siguiente manera.

- $(\text{Hora de Término de Admisión} - \text{Hora de Término Triage}) / \text{Total Pacientes}$.
- El tiempo aproximado de la duración de Triage, según la observación realizada en la unidad de Urgencias de FUSAT equivale a 2:04 minutos promedio, los cuales fueron descontados de cada promedio calculado para obtener un tiempo de espera estimado.
- Para el caso de los pacientes C1 y C2, en el periodo de observación pudo verificarse que son atendidos de manera inmediata.



Indicador: Tiempo Promedio de Espera Ingreso a Box				
Justificación	La alta demanda que poseen los Servicios de Urgencias evitan un proceso de categorización rápido y con ello el aumento de tiempo que un paciente debe esperar para ser categorizado y posteriormente atendido.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera a Box.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\Sigma(\text{Hora de término de Triage} - \text{Hora ingreso a Box}) / \text{N}^\circ \text{ de pacientes}$	Explicación de Términos	Hora de Término de Triage	Hora de egreso del Paciente del Box de Triage.
			Hora de Ingreso a Box	Hora en que el paciente es llamado a Box de Atención Médica.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes atendidos.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera para la llegada de Interconsultor				
Justificación	Es importante conocer el tiempo que debe esperar un paciente para ser atendido por un especialista, considerando que este tipo de profesionales no se encuentran en la Unidad de Emergencias			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera por Llegada de Interconsultor.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de llegada de Interconsultor} - \text{Hora de llama de de Interconsultor})}{N^{\circ} \text{ de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Llegada de Interconsultor	Hora en que el Interconsultor llega a la Unidad de Emergencias.
			Hora de Llamada de Interconsultor	Hora en que se establece comunicación con el Interconsultor y se solicita acudir a la Unidad de Emergencias.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes atendidos.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera por Actividad de Apoyo				
Justificación	Medir el espacio de tiempo existente desde que el médico indica la orden de toma de imágenes y se realiza la actividad de apoyo al paciente.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera de Actividad de Apoyo	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum (\text{Hora de Inicio de Actividad de Apoyo} - \text{Hora de Solicitud de Actividad de Apoyo})}{\text{Total de Solicitudes de Actividades de Apoyo}}$	Explicación de Términos	Hora de Inicio de Actividad de Apoyo	Hora en que se inicia la Actividad de Apoyo
			Hora de Solicitud de Actividad de Apoyo	Hora en que el médico realiza la solicitud de la Actividad de Apoyo (
			Total de Solicitudes de Actividades de Apoyo	Total de solicitudes por Actividad de Apoyo realizadas a Pacientes.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	

- El procedimiento de Toma de Imágenes comprende Ecografías, Resonancias Magnéticas, Radiografías y TAC's.
- Los exámenes de Laboratorio comprenden distintos tipos de muestra, tales como, Fecales, Orina, Sangre, Secreciones y Cutáneas.



Indicador: Tiempo Promedio de Espera de Resultado Actividad de Apoyo				
Justificación	Medir el espacio de tiempo existente desde que finaliza la Actividad de Apoyo (toma de Imágenes) hasta que se recepciona los resultados respectivos.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera de Resultados de Actividad de Apoyo	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum (\text{Hora de Recepción de Resultados de Actividad de Apoyo} - \text{Hora de Término de Actividad de Apoyo})}{\text{Total de Solicitudes Actividades de Apoyo}}$	Explicación de Términos	Hora de Recepción de Resultados de Actividad de Apoyo (Toma de Imágenes)	Hora en que se reciben los resultados de la Actividad de Apoyo realizada al paciente.
			Hora de Término de Actividad de Apoyo (Toma de Imágenes)	Hora en que se termina la Actividad de Apoyo
			Total de Solicitudes de Actividades de Apoyo.	Total de solicitudes por Actividad de Apoyo realizadas a Pacientes.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera Alta Médica				
Justificación	Medir el espacio de tiempo existente desde el paciente abandona el box de atención y es dado de alta desde el sistema.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera entre el Alta Médica y Alta en el Sistema de Urgencias.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\sum (\text{Hora de Alta Administrativa} - \text{Hora de decisión de egreso}) / \text{N}^\circ \text{ de Pacientes.}$	Explicación de Términos	Hora de Alta administrativa	Hora en que se registra el Alta Administrativa.
			Hora de Decisión de Egreso	Hora en que el paciente abandona el Box de Urgencias (Alta Clínica).
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes dados de alta.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera por Traslados Internos y Externos				
Justificación	Medir el espacio de tiempo existente desde que se solicita el traslado del paciente, hasta que este se hace efectivo.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera por Traslados Internos y Externos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	\sum (Hora de Inicio de Traslado - Hora de Solicitud de Traslado) / N° de Pacientes.	Explicación de Términos	Hora de Inicio de Traslado	Hora en que se Inicia el Traslado del paciente.
			Hora de Solicitud de Traslado	Hora en que se realiza solicitud de traslado del paciente.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes que son trasladados
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de por Hospitalización en Camas de Dotación				
Justificación	Medir el espacio de tiempo de espera promedio de los pacientes que deben ser hospitalizados, considerando que habitualmente estos deben esperar por un cupo en el Servicio de Hospitalización según las características de la patología del paciente.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera por Hospitalización	Dimensión	Tiempo	
Métrica	\sum (Hora de Hospitalización. Hora de Orden de Egreso)/ N° de Pacientes Hospitalizados	Explicación de Términos	Hora de Hospitalización	Hora en que el paciente es hospitalizado
			Hora de Orden de Egreso	Hora en que se ingresa la orden de Hospitalización del paciente.
			N° de Pacientes Hospitalizados	Total de pacientes Hospitalizados.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera Total				
Justificación	Medir el espacio de tiempo de espera promedio de los pacientes que asisten al Servicio de Urgencias.			
Objetivo	Minimizar el tiempo de espera total	Dimensión	Tiempo	
Métrica	Σ Tiempos de Espera/ Cantidad de Actividades Realizadas	Explicación de Términos	Tiempos de Espera	Tiempos en que el paciente debe esperar por ser atendido en el Servicio de Urgencias.
			Cantidad de Actividades Realizadas	Actividades Médicas que se le realizan a los pacientes que asisten al Servicio de Urgencias
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio en Box de Reanimación				
Justificación	Medir el tiempo de utilización de los Box de Reanimación.			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de egreso de Box Reanimación} - \text{Hora de ingreso a Box Reanimación})}{\text{Cantidad de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Egreso Box Reanimación	Hora de egreso del paciente desde el Box de Reanimación.
			Hora de Ingreso a Reanimación	Hora de ingreso del paciente al Box de Reanimación.
			Cantidad de Pacientes	Cantidad de pacientes atendidos.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Admisión				
Justificación	Medir el tiempo del proceso de Admisión del Paciente			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de Término de Admisión} - \text{Hora de Inicio de Admisión})}{\text{Cantidad de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Término de Admisión	Hora de Término del proceso de admisión.
			Hora de Inicio de Admisión	Hora de inicio del proceso de admisión.
			Cantidad de Pacientes	Cantidad de pacientes admitidos.
Fuente de Origen de Datos	Observación	Frecuencia	N/A	



Indicador: Tiempo Promedio de Triage				
Justificación	Medir el tiempo del proceso de Triage del Paciente			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de Término de Triage} - \text{Hora de Inicio de Triage})}{\text{Cantidad de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Término de Admisión	Hora de Término del proceso de Triage.
			Hora de Inicio de Admisión	Hora de inicio del proceso de Triage..
			Cantidad de Pacientes	Cantidad de pacientes categorizados
Fuente de Origen de Datos	Observación	Frecuencia	N/A	



Indicador: Tiempo Promedio en Box				
Justificación	Medir el tiempo de utilización de los Box de Atención.			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de egreso de Box} - \text{Hora de ingreso a Box})}{\text{Cantidad de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de Egreso Box	Hora de egreso del paciente desde el Box de Atención
			Hora de Ingreso a Box	Hora de ingreso del paciente al Box de Atención.
			Cantidad de Pacientes	Cantidad de pacientes atendidos.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo de Atención de Interconsultor				
Justificación	Medir el tiempo de utilización del servicio de Interconsulta.			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora de término de atención de Interconsultor} - \text{Hora de inicio de atención de Interconsultor})}{\text{Cantidad de pacientes}}$	Explicación de Términos	Hora de término de atención de Interconsultor	Hora en que el interconsultor termina de atender al paciente.
			Hora de inicio de atención de Interconsultor	Hora en que el interconsultor comienza a atender al paciente.
			Cantidad de Pacientes	Cantidad de pacientes con atención de Interconsultor
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio Procedimiento Médico y/o de Enfermería				
Justificación	Medir el tiempo de duración de los Procedimientos Médicos y/o de Enfermería.			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum (\text{Hora de Término de Procedimiento Médico y/o de Enfermería} - \text{Hora de Inicio de Procedimiento Médico y/o de Enfermería})}{\text{Solicitudes de Procedimiento Médico y/o de Enfermería}}$	Explicación de Términos	Hora de Inicio de Procedimiento Médico y/o de Enfermería	Hora en que se comienza a realizar el procedimiento médico y/o de enfermería al paciente.
			Hora de Término de Procedimiento Médico y/o de Enfermería	Hora en que se termina de realizar el procedimiento médico y/o de enfermería al paciente.
			Solicitudes de Procedimiento Médico y/o de Enfermería	Total de solicitudes de procedimiento médico y/o de enfermería
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	

- La base de datos de Urgencias no proporciona la hora de inicio de los Procedimientos Médicos y/o de Enfermería, por tanto, los tiempos presentados incluyen el tiempo de espera en el que debe incurrir el paciente previo a la realización del procedimiento.



Indicador: Tiempo Promedio de Actividad de Apoyo al Diagnóstico				
Justificación	Medir el tiempo de duración de las Actividades de Apoyo al Diagnóstico			
Objetivo	Mejorar asignación de Recursos	Dimensión	Tiempo	
Métrica	Σ (Hora de Término de Actividad de Apoyo - Hora de Inicio de Actividad de Apoyo/Solicitudes de Actividades de Apoyo)	Explicación de Términos	Hora de Inicio de Actividad de Apoyo Al Diagnóstico	Hora en que se comienza a realizar la actividad de apoyo al diagnóstico al paciente.
			Hora de Término de Actividad de Apoyo Al Diagnóstico	Hora en que se termina de realizar la actividad de apoyo al diagnóstico al paciente.
			Solicitudes de Toma de Imágenes	Total de solicitudes de Actividades de Apoyo
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Ciclo de Atención Médica				
Justificación	Medir el tiempo que transcurre entre la primera atención médica y la decisión médica de egreso del paciente.			
Objetivo	Mejorar la asignación de recursos.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum (\text{Hora de decisión de egreso} - \text{Hora de evaluación médica})}{N^{\circ} \text{ de pacientes egresados.}}$	Explicación de Términos	Hora de decisión de egreso	Hora en que se registra el alta clínica.
			Hora de evaluación médica	Hora en que inicia la evaluación médica.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes egresados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Ciclo de Atención Médica Efectivo				
Justificación	Medir el tiempo en que el paciente recibe atención médica efectivamente.			
Objetivo	Mejorar la asignación de recursos.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	Σ Promedios de Atención Médica / Total de Actividades Indicadas.	Explicación de Términos	Promedios de Atención Médica	Tiempo promedio de duración de los procedimientos médicos.
			Total Actividades Indicadas	Total de actividades realizadas.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Ciclo				
Justificación	Medir el periodo de tiempo existente desde que el paciente es admitido hasta que se retira de la Unidad de Urgencias.			
Objetivo	Minimizar tiempo promedio de ciclo.	Dimensión	Tiempo	
Métrica	$\frac{\sum(\text{Hora real de egreso} - \text{Hora de Admisión})}{N^{\circ} \text{ de pacientes egresados.}}$	Explicación de Términos	Hora Real de Egreso	Hora en que se registra el pago del paciente.
			Hora de Admisión	Hora en que se registra el ingreso del paciente en el Sistema de Urgencias.
			Número de Pacientes	Cantidad de pacientes egresados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicadores de Calidad

Indicador: Tasa de Llamadas a Interconsultor sin Respuesta				
Justificación	Medir la cantidad de Llamadas realizadas al Interconsultor y no son respondidas.			
Objetivo	Minimizar la tasa de Llamados a Interconsultor sin respuesta.	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de llamados sin respuesta / N° de llamados realizados)* 100	Explicación de Términos	N° de llamados sin respuesta	Cantidad de llamadas que se realizan al interconsultor y no hay respuesta.
			N° de llamados realizados	Total de llamadas que se realizan al interconsultor .
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Errores en Procedimiento Médico y/o de Enfermería				
Justificación	Medir la cantidad de errores en Procedimiento Médico y de Enfermería con pacientes en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016			
Objetivo	Minimizar la tasa de errores Procedimiento Médico y de Enfermería en el Servicio de Urgencias	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N°Procedimiento Médico y de Enfermería / N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° Procedimiento Médico y de Enfermería	Cantidad de reportes por errores de procedimiento médico y/o de enfermería ocurridos en el Servicio de Urgencias.
			N° Total de Atenciones	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico				
Justificación	Medir la cantidad de errores en Actividades de Apoyo al Diagnóstico (Toma de Imágenes) con pacientes en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016			
Objetivo	Minimizar la tasa de errores Actividades de Apoyo al Diagnóstico en el Servicio de Urgencias	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° Actividades de Apoyo al Diagnóstico / N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° Actividades de Apoyo al Diagnóstico.	Cantidad de reportes por errores de Actividades de Apoyo al Diagnóstico (ocurridos en el Servicio de Urgencias.
			N° Total de Atenciones	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Mensual	



*Indicador: Tasa de Cambio en Diagnósticos				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes que reconsultan al servicio de urgencias en un periodo menor o igual a 72 hrs. y obtienen un diagnóstico distinto.			
Objetivo	Mejorar el proceso de diagnóstico	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes que reconsultan en menos de 72 hrs./N° de pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes que reconsultan en menos de 72 hrs.	Cantidad de pacientes que asisten al Servicio de Urgencias por menos de 72 hrs con cambio en su diagnóstico.
			Número de Pacientes	Cantidad total de pacientes categorizados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



*Indicador: Tasa de Reconsulta				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes que reconsultan al servicio de urgencias en un periodo menor o igual a 72 hrs. Por la misma patología.			
Objetivo	Minimizar ingreso por similar o misma patología	Dimensión	Calidad	
Métrica	(Nº de pacientes que reconsultan en menos de 72 hrs./Nº de pacientes) *100	Explicación de Términos	Nº de pacientes que reconsultan en menos de 72 hrs.	Cantidad de pacientes que asisten al Servicio de Urgencias por una misma patología en menos de 72 hrs.
			Número de Pacientes	Cantidad total de pacientes categorizados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Pacientes Fallecidos en Espera por Hospitalización				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes que fallecen en la Unidad de Emergencias en espera de hospitalización.			
Objetivo	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos por espera de hospitalización	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes fallecidos por espera de hospitalización / N° de pacientes con orden de hospitalización)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes fallecidos por espera de hospitalización	Pacientes que fallecen esperando hospitalización
			N° de pacientes con orden de hospitalización	Total de pacientes que con solicitud de hospitalización.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Infecciones Intrahospitalarias				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias contraídas en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016			
Objetivo	Minimizar la tasa de Infecciones Intrahospitalarias.	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de Infecciones Intrahospitalarias / N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias	Cantidad de reportes por Infecciones Intrahospitalarias contraídas en el Servicio de Urgencias.
			N° Total de Atenciones	Cantidad de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Eventos Centinela				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes con Eventos Centinelas en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Minimizar la ocurrencia de Eventos Centinela	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes con Eventos Centinelas/ N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes con Eventos Centinelas	Cantidad de reportes de pacientes con Eventos Centinela ocurridos en el Servicio de Urgencias.
			N° Total de Atenciones	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Complicaciones Médicas				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes con complicaciones médicas durante su atención en la Unidad de Emergencias			
Objetivo	Minimizar la ocurrencia de Complicaciones Médicas	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de complicaciones médicas/ N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° de complicaciones médicas.	Cantidad de pacientes que deben ser recategorizados a niveles de mayor gravedad
			N° Total de Atenciones	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Accidentes				
Justificación	Medir la cantidad de accidentes ocurridos con pacientes en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016			
Objetivo	Minimizar la tasa de accidentes en el Servicio de Urgencias	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de accidentes ocurridos/ N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes con Eventos Centinelas	Cantidad de reportes por accidentes con pacientes ocurridos en el Servicio de Urgencias.
			N° Total de Atenciones	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Errores en Medicación				
Justificación	Medir la cantidad de errores en administración de medicamentos con pacientes en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016			
Objetivo	Minimizar la tasa de errores de medicación en el Servicio de Urgencias	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de errores en medicación / N° Total de Atenciones)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes con Errores en Medicación	Cantidad de reportes por errores de medicación ocurridos en el Servicio de Urgencias.
			N° Total de Atenciones	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Hospitalización no Pertinente				
Justificación	Medir la cantidad pacientes C4 y C5 Hospitalizados durante el año 2016.			
Objetivo	Minimizar la tasa de categorización no pertinente.	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes C4 y C5 hospitalizados/ N° de pacientes C4 y C5)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes C4 y C5 hospitalizados	Pacientes C4 y C5 que han requerido hospitalización
			N° de pacientes C4 y C5	Cantidad total de pacientes C4 y C5
Fuente de Origen de Datos	Bases de Datos FUSAT	Frecuencia	Mensual	

Indicador: Tasa de Pertinencia de Derivación de Accidentes Escolares				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes con accidentes escolares			
Objetivo	Minimizar la tasa de derivación no pertinente de accidentes escolares	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes C1, C2 y C3 con accidentes escolares/ N° de con accidentes escolares	Explicación de Términos	N° de pacientes C1, C2 y C3 con accidentes escolares	Pacientes C1 C2 y C3 que ingresan por accidentes escolares
			N° de con accidentes escolares	Cantidad de pacientes que ingresan por accidentes escolares
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tiempo Promedio de Espera a Triage				
Justificación	Medir el cumplimiento de estándares de Triage definidos por la Unidad de Urgencias.			
Objetivo	Cumplir con estándares de tiempo de acuerdo a clasificación de pacientes (C1 = 0, C2 < 10, C3 < 50, C4 < 80, C5 < 120)	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes que cumplen con estándar/N° de pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes que cumplen con estándar	Cantidad de pacientes que son atendidos bajo estándar de tiempo.
			Número de Pacientes	Cantidad total de pacientes categorizados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos Urgencias FUSAT	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Cumplimiento de Estándares de Tiempos de atención de acuerdo a Clasificación de Triage				
Justificación	Medir el cumplimiento de estándares de tiempo de clasificación de Triage.			
Objetivo	Cumplir con estándares de clasificación de Triage.	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de pacientes que cumplen con estándar/N° de pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes que cumplen con estándar	Cantidad de pacientes que son categorizadas bajo estándar de tiempo.
			Número de Pacientes	Cantidad total de pacientes categorizados.
Fuente de Origen de Datos	Observación	Frecuencia	No Aplica	

Indicador: Cumplir Guías y Protocolos Clínicos			
Justificación	Conocer la existencia de protocolos clínicos de la Unidad de Urgencias.		
Objetivo	Cumplir con guías y protocolos clínicos.	Dimensión	Calidad
Métrica	N° de protocolos existentes según guías clínicas.	Explicación de Términos	Cantidad de protocolos existentes según guías clínicas.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Anual



Indicador: Obtención de Certificaciones de Calidad en Vigencia			
Justificación	Conocer la cantidad de acreditaciones obtenidas por el Servicio de Urgencias.		
Objetivo	Cumplir con exigencia ministerial	Dimensión	Calidad
Métrica	Nº de protocolos existentes según guías clínicas.	Explicación de Términos	Cantidad de protocolos existentes según guías clínicas.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Anual

Indicador: Tasa Promedio de Satisfacción del Paciente				
Justificación	Medir la satisfacción del paciente por medio de encuestas.			
Objetivo	Aumentar la Satisfacción del Paciente.	Dimensión	Calidad	
Métrica	Promedio de encuesta de Satisfacción/ Nº de Pacientes Encuestados	Explicación de Términos	Promedio de encuesta de Satisfacción	Nota promedio en encuestas de satisfacción
			Nº de Pacientes Encuestados	Cantidad total del pacientes encuestados.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Litigios				
Justificación	Medir la cantidad de Litigios a los que se ha visto sometida la Unidad de Emergencias			
Objetivo	Disminuir el número de litigios	Dimensión	Calidad	
Métrica	Nº de Litigios	Explicación de Términos	Nº de Litigios	Cantidad de Litigios a los que han afectado a la Unidad de Emergencias
Fuente de Origen de Datos	Informas FUSAT	Frecuencia	Mensual	

Indicador: Tasa de Reclamos				
Justificación	Medir la cantidad de reclamos existentes por parte de pacientes en la Unidad de Emergencias.			
Objetivo	Disminuir la tasa de reclamos.	Dimensión	Calidad	
Métrica	Nº de Reclamos/ Nº de Pacientes Totales	Explicación de Términos	Nº de Reclamos	Cantidad de reclamos por parte de pacientes que asisten a la Unidad de Emergencias
			Nº de Pacientes Totales	Total de pacientes que asisten a la Unidad de Emergencias.
Fuente de Origen de Datos	Informes FUSAT	Frecuencia	Trimestral	



Indicador: Tasa Promedio de Satisfacción del Personal				
Justificación	Medir la satisfacción del personal por medio de la evaluación de ambiente laboral			
Objetivo	Aumentar la Satisfacción del Personal.	Dimensión	Calidad	
Métrica	Promedio de encuesta de Satisfacción/ N° de Personal Encuestado	Explicación de Términos	Promedio de encuesta de Satisfacción	Nota promedio en encuestas de satisfacción
			N° de Personal Encuestado	Cantidad total del personal encuestados.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual	

Indicador: Tasa de Renuncias o Transferencias por Solicitud				
Justificación	Medir la cantidad de renuncias o solicitudes de traslado existentes en el Servicio de Urgencias.			
Objetivo	Disminuir la tasa de renuncias o transferencias.	Dimensión	Calidad	
Métrica	(N° de personas que renuncian o son transferidas por solicitud/ N° total de personal) *100	Explicación de Términos	N° de personas que renuncian o son transferidas por solicitud	Personal del Servicio de Urgencias que ha renunciado o transferido.
			N° total de personal	Cantidad total del personal en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Anual	



Indicador: Tasa de Especialización				
Justificación	Medir la cantidad de personal capacitado durante el año 2016.			
Objetivo	Aumentar personal capacitado.	Dimensión	Calidad	
Métrica	Nº de personas capacitadas/Nº total de personal	Explicación de Términos	Nº de personas capacitadas	Personal del Servicio de Urgencias que ha recibido alguna capacitación.
			Nº total de personal	Cantidad total del personal en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Anual	

Indicador: Tasa de Hospitalización no Pertinente				
Justificación	Medir la cantidad de personal capacitado durante el año 2016.			
Objetivo	Aumentar personal capacitado.	Dimensión	Calidad	
Métrica	Nº de personas capacitadas/Nº total de personal	Explicación de Términos	Nº de personas capacitadas	Personal del Servicio de Urgencias que ha recibido alguna capacitación.
			Nº total de personal	Cantidad total del personal en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Información Documentos FUSAT	Frecuencia	Anual	



Indicadores Económicos

Indicador: Costo de las Actividades de Reanimación			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de reanimación, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Reanimación	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Reanimación	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual

Indicador: Costo de las Actividades de Admisión			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de admisión, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Admisión	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Admisión	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual



Indicador: Costo de las Actividades de Triage			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de triage, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Triage.	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Triage	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual

Indicador: Costo de las Actividades de Primera Atención Médica			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Primera Atención Médica, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Primera Atención Médica	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Primera Atención Médica	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual



Indicador: Costo de las Actividades de Llamado y Visita de Interconsultor			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Llamado y Visita de Interconsultor, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Llamado y Visita de Interconsultor	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Llamado y Visita de Interconsultor	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual

Indicador: Costo de las Actividades de Procedimiento Médico y de Enfermería			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Procedimiento Médico y de Enfermería, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Procedimiento Médico y de Enfermería	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Procedimiento Médico y de Enfermería	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual



Indicador: Costo de las Actividades de Apoyo al Diagnóstico			
Justificación	Es importante medir el costo real de las Actividades de Apoyo al Diagnóstico, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Apoyo al Diagnóstico	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Apoyo al Diagnóstico	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual

Indicador: Costo de las Actividades de Revisión Diagnóstico			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Revisión Diagnóstico, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Revisión Diagnóstico	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Apoyo al Diagnóstico	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual



Indicador: Costo de las Actividades de Egreso de Paciente			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Egreso de Paciente, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Actividades de Egreso de Pacientes	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Egreso de Pacientes	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual

Indicador: Costo de las Actividades de Mantenciones y Limpiezas			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Mantenciones y Limpiezas, permitiéndolo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo por Mantenciones y Limpiezas	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de las Actividades de Mantenciones y Limpiezas	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual



Indicador: Costo de las Actividades de Apoyo Logístico			
Justificación	Es importante medir el costo real de las actividades de Apoyo Logístico, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la actividad y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.		
Objetivo	Minimizar el Costo de Apoyo Logístico	Dimensión	Económico
Métrica		Suma del Costo de Apoyo Logístico	
Fuente de Origen de Datos	Informes Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual

Indicador: Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera				
Justificación	Es importante medir el costo real por pacientes, permitiendo así conocer efectivamente los recursos utilizados en la atención de pacientes y en caso de asignar precios, que estos sean consistentes al costo incurrido.			
Objetivo	Minimizar el Costo Total de Pacientes	Dimensión	Económico	
Métrica	Costo total pacientes atendidos por categoría/ N° de pacientes egresados por categoría	Explicación de Términos	Costo total Pacientes Atendidos por Categoría	Costo de los insumos consumidos por pacientes según su categoría (C1, C2, C3, C4 y C5)
			N° de Pacientes Egresados por Categoría	Cantidad de pacientes C1, C2, C3, C4 y C5 egresados.
Fuente de Origen de Datos	Informe Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Cuentas Pendientes de Pacientes				
Justificación	Medir la tasa de pacientes que se han retirado del Servicio de Urgencias y mantienen cuentas pendientes de pago.			
Objetivo	Disminuir la tasa de cuentas pendientes de pago.	Dimensión	Económico	
Métrica	N° Cuentas Pendientes de Pago/N° Cuentas Facturadas.	Explicación de Términos	Cuentas Pendientes de Pago	Cuentas de Pacientes que no hayan regularizado la situación de pago en el Servicio de Urgencias.
			Cuentas Facturadas	Total de Cuentas Facturadas a Pacientes en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Informe Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Ejecución Presupuestaria				
Justificación	Medir la tasa de cumplimiento del presupuesto establecido para la Unidad de Urgencias.			
Objetivo	Cumplir presupuesto establecido para la Unidad de Urgencias.	Dimensión	Económico	
Métrica	Presupuesto ejecutado / Presupuesto	Explicación de Términos	Presupuesto Ejecutado	Presupuesto real del periodo
			Presupuesto	Presupuesto establecido para el periodo.
Fuente de Origen de Datos	Informe Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Pacientes que Regularizan su Situación Financiera				
Justificación	Tasa de pacientes que han regularizado su situación financiera en el Servicio de Urgencias.			
Objetivo	Aumentar la cantidad de Pacientes con Situación Financiera Regularizada.	Dimensión	Económico	
Métrica	N° Pacientes que Regularizan su Situación/N° Cuentas Facturadas	Explicación de Términos	Pacientes que Regularizan su Situación	Cuentas de Pacientes que se encuentran con situación de pago regularizada en el Servicio de Urgencias.
			Cuentas Facturadas	Total de Cuentas Facturadas a Pacientes en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Informe Unidad de Urgencias.	Frecuencia	Mensual	



Indicadores de Capacidad

Indicador: Cantidad de Activos			
Justificación	Medir la cantidad de activos disponibles en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.		
Objetivo	Controlar la Cantidad de Activos	Dimensión	Capacidad
Métrica	Cantidad de Activos Disponibles/		
Fuente de Origen de Datos	Informes FUSAT.	Frecuencia	Diaria

Indicador: Utilización Apoyo al Diagnóstico			
Justificación	Medir la cantidad de activos utilizados en la Unidad de Emergencias.		
Objetivo	Controlar la Utilización de Activos	Dimensión	Capacidad
Métrica	Uso de Activo/ Capacidad de Activo	Uso de Activo	Frecuencia de Utilización de Activos
		Capacidad de Activo	Vida útil del Activo.
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	



Indicador: Utilización				
Justificación	Medir la cantidad de activos disponibles en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar la disponibilidad y utilización de camillas, sillas de rueda y camas.	Dimensión	Capacidad	
Métrica	Cantidad de Activos Disponibles/ Total de Activos	Explicación de Términos	Cantidad de Activos Disponibles.	Camillas, Sillas de Ruedas y Camas Disponibles.
			Total de Activos	Camillas, Sillas de Ruedas y Camas Totales.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	

Minimizar equipos no disponibles				
Justificación	Medir la cantidad de equipos no disponibles en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar	Dimensión	Capacidad	
Métrica	Cantidad de Activos no Disponibles/ Total de Activos	Explicación de Términos	Cantidad de Activos no Disponibles.	Total de activos no disponibles.
			Total de Activos	Tota de activos clínicos.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	



Indicador: Asegurar Dotación Mínima de Personal				
Justificación	Medir la cantidad de funcionarios por turno en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar la dotación mínima de personal asistente a turno.	Dimensión	Capacidad	
Métrica	Cantidad de Personal Asistente a Turno/Cantidad mínima de personal en Turno	Explicación de Términos	Cantidad de Personal Asistente a Turno.	Cantidad de funcionarios asistente a turnos.
			Cantidad mínima de personal en Turno	Cantidad mínima de funcionarios definidos por turno.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	

Indicador: Tasa de Ausentismo				
Justificación	Medir la cantidad de funcionarios por turno que se ausentan en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar la tasa de ausentismo de personal en turno	Dimensión	Capacidad	
Métrica	Cantidad Ausente a Turno/Cantidad mínima de personal en Turno	Explicación de Términos	Cantidad Ausente a Turno	Cantidad de funcionarios ausentes a turnos.
			Cantidad mínima de personal en Turno	Cantidad mínima de funcionarios definidos por turno.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	



Indicador: Trabajo en Exceso Semanal				
Justificación	Medir la cantidad de funcionarios que exceden su horario de trabajo en el Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar	Dimensión	Capacidad	
Métrica	Cantidad de funcionarios que realizan horas extras/Cantidad de Funcionarios	Explicación de Términos	Cantidad de funcionarios que realizan horas extras	Cantidad de funcionarios que registran horas extras.
			Cantidad de Funcionarios	Total de funcionarios por estamento.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	

Indicador: Censo Diario Promedio			
Justificación	Medir la cantidad de pacientes por día que asisten al Servicio de Urgencias.		
Objetivo	Controlar la tasa de Ocupación del Servicio de Urgencias.	Dimensión	Capacidad
Métrica	Nº de pacientes por día en la unidad de urgencia	Explicación de Términos	Cantidad de pacientes admitidos por día en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria



Indicador: Tasa de Pacientes Mañana				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes por día que asisten al Servicio de Urgencias entre las 08:00:00 y las 14:00:00 hrs.			
Objetivo	Controlar la tasa de Ocupación del Servicio de Urgencias durante la mañana.	Dimensión	Capacidad	
Métrica	(N° de pacientes entre las 08:00:00 y las 14:00:00 hrs. /N° de pacientes por día.)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes entre las 08:00:00 y las 14:00:00 hrs.	Cantidad de pacientes admitidos entre las 08:00:00 y las 14:00:00 hrs.
			N° de pacientes por día.	Cantidad de pacientes admitidos por día en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	



Indicador: Tasa de Pacientes Tarde				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes por día que asisten al Servicio de Urgencias entre las 14:00:00 y las 20:00:00 hrs.			
Objetivo	Controlar la tasa de Ocupación del Servicio de Urgencias durante la tarde.	Dimensión	Capacidad	
Métrica	(N° de pacientes entre las 14:00:00 y las 20:00:00 hrs. /N° de pacientes por día.)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes entre las 08:00:00 y las 14:00:00 hrs.	Cantidad de pacientes admitidos entre las 14:00:00 y las 20:00:00 hrs.
			N° de pacientes por día.	Cantidad de pacientes admitidos por día en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	



Indicador: Tasa de Pacientes Noche				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes por día que asisten al Servicio de Urgencias entre las 20:00:00 y las 08:00:00 hrs.			
Objetivo	Controlar la tasa de Ocupación del Servicio de Urgencias durante la mañana.	Dimensión	Capacidad	
Métrica	(N° de pacientes entre las 20:00:00 y las 08:00:00 hrs. /N° de pacientes por día.)*100	Explicación de Términos	N° de pacientes entre las 20:00:00 y las 08:00:00 hrs.	Cantidad de pacientes admitidos entre las 20:00:00 y las 08:00:00 hrs.
			N° de pacientes por día.	Cantidad de pacientes admitidos por día en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Diaria	



Indicadores de Resultados

Indicador: Tasa de Pacientes Hospitalizados				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes hospitalizados durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar número de pacientes hospitalizados	Dimensión	Resultados	
Métrica	(N° Pacientes hospitalizados / N° total pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes hospitalizados.	Cantidad de pacientes que han sido hospitalizados desde el Servicio de Urgencias.
			Número total de pacientes.	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Mensual	

Indicador: Tasa de Pacientes de Alta				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes dados de alta durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar número de pacientes de alta.	Dimensión	Resultados	
Métrica	(N° de pacientes de alta / N° total pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes de alta.	Cantidad de pacientes que sido dados de alta desde el Servicio de Urgencias.
			Número total de pacientes.	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de Pacientes Derivados				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes derivados durante el periodo 2016.			
Objetivo	Controlar número de pacientes de derivados.	Dimensión	Resultados	
Métrica	(N° de pacientes de derivados / N° total pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes Derivados.	Cantidad de pacientes que sido derivados a Centro Médico u Otro Centro desde el Servicio de Urgencias.
			Número total de pacientes.	Cantidad total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Mensual	

Indicador: Tasa de abandono total o abandono antes de Triage				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes que han desistido de la totalidad de atención del Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Minimizar tasa de abandono total	Dimensión	Resultados	
Métrica	((N° de pacientes admitidos- N° de pacientes atendidos) / N° total pacientes) *100	Explicación de Términos	N° de pacientes admitidos	Cantidad de pacientes que sido derivados a Centro Médico u Otro Centro desde el Servicio de Urgencias.
			N° de pacientes atendidos	Cantidad total del atendidos en el Servicio de Urgencias, se considera como la sumatoria de pacientes de alta, hospitalizados y derivados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Mensual	



Indicador: Tasa de abandono total o abandono después de Triage				
Justificación	Medir la cantidad de pacientes que han desistido de la atención en Box del Servicio de Urgencias durante el periodo 2016.			
Objetivo	Minimizar tasa de abandono después de Triage.	Dimensión	Resultados	
Métrica	(Nº pacientes Triage - Nº pacientes atendidos) / Nº total pacientes Triage	Explicación de Términos	Nº de pacientes Triage	Cantidad de pacientes que han sido categorizados como C1, C2, C3, C4 o C5; según la gravedad de sus síntomas.
			Nº de pacientes atendidos	Cantidad total del atendidos en el Servicio de Urgencias, se considera como la sumatoria de pacientes de alta, hospitalizados y derivados.
Fuente de Origen de Datos	Base de Datos FUSAT.	Frecuencia	Mensual	

Indicador: Mortalidad a Corto Plazo			
Justificación	Medir la cantidad de pacientes fallecidos después de 7 días de la atención en la Unidad de Emergencias		
Objetivo	Minimizar Mortalidad a Corto Plazo	Dimensión	Resultados
Métrica		Pacientes Fallecidos 7 días después de su atención en la Unidad de Emergencias	
Fuente de Origen de Datos	Sin Información	Frecuencia	Mensual



Anexo C : Medición de Indicadores

Tipo de Indicador: Tiempo de Espera														
Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	
1	Tiempo promedio de espera admisión	Admisión/Recaudación	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.
2	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C1- Infantil)					0:03:49			0:00:06				
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C2 - Infantil)	0:05:14	0:01:59	0:01:09		0:04:48	0:01:42	0:04:01	0:01:48	0:02:39	0:02:04	0:00:48	0:08:30
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C3- Infantil)	0:09:51	0:06:54	0:11:09	0:10:23	0:17:32	0:34:19	0:28:09	0:15:59	0:15:40	0:11:41	0:09:38	0:12:33
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C4- Infantil)	0:09:48	0:08:14	0:11:55	0:10:34	0:17:28	0:31:40	0:24:42	0:17:24	0:17:07	0:11:41	0:11:51	0:12:05
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C5- Infantil)	0:08:04	0:12:02	0:09:28	0:06:22	0:34:41	1:26:48	0:50:12	0:16:30	0:12:40	0:11:47	0:10:45	0:10:13
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C1- Adulto)		0:01:55	0:01:43	0:00:35	0:00:37	0:02:27	0:01:23	0:00:14	0:06:12	0:00:47	0:00:39	0:10:35
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C2 - Adulto)	0:05:42	0:03:25	0:08:53	0:08:36	0:03:46	0:06:42	0:10:53	0:09:55	0:07:31	0:05:25	0:07:45	0:10:28
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C3- Adulto)	0:14:12	0:10:22	0:15:26	0:11:23	0:18:53	0:26:52	0:25:18	0:19:11	0:14:58	0:13:42	0:09:59	0:17:35
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C4- Adulto)	0:14:51	0:12:19	0:16:43	0:11:22	0:17:59	0:28:03	0:24:23	0:18:06	0:16:34	0:14:52	0:14:09	0:16:58
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C5- Adulto)	0:09:18	0:09:32	0:12:38	0:04:33	0:07:12	0:30:12	0:23:00	0:14:42	0:13:44	0:12:48	0:11:40	0:10:03
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C1)		0:01:55	0:01:43	0:00:35	0:02:13	0:02:27	0:01:23	0:00:14	0:03:09	0:00:47	0:00:39	0:10:35
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C2)	0:05:28	0:02:42	0:05:01	0:08:36	0:04:17	0:04:12	0:07:27	0:05:52	0:05:05	0:03:45	0:04:17	0:09:29
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C3)	0:12:02	0:08:38	0:13:18	0:10:53	0:18:12	0:30:36	0:26:43	0:17:35	0:15:19	0:12:42	0:09:49	0:15:04
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C4)	0:12:19	0:10:17	0:14:19	0:10:58	0:17:44	0:29:52	0:24:32	0:17:45	0:16:50	0:13:16	0:13:00	0:14:32
	Tiempo promedio de espera triage	Triage (C5)	0:08:41	0:10:47	0:11:03	0:05:27	0:20:56	0:58:30	0:36:36	0:15:36	0:13:12	0:12:18	0:11:13	0:10:08



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
3	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C1 - Infantil)					0:03:49				0:00:06			
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C2- Infantil)	0:07:14	0:01:59	0:01:09		0:10:48	0:01:42	0:09:32	0:01:48	0:04:39	0:04:04	0:02:48	0:08:30
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C3- Infantil)	0:08:33	0:07:00	0:10:33	0:08:36	0:14:09	0:18:06	0:17:21	0:09:53	0:12:58	0:07:33	0:08:15	0:08:16
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C4- Infantil)	0:10:27	0:09:18	0:15:40	0:14:26	0:22:05	0:31:32	0:24:50	0:21:58	0:20:47	0:12:06	0:12:31	0:10:03
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C5 - Infantil)	0:08:11	0:15:23	0:12:52	0:08:49	0:32:32	0:44:00	0:52:19	0:31:22	0:26:50	0:18:47	0:15:28	0:18:12
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C1 - Adulto)		0:03:55	0:01:43	0:00:35	0:02:37	0:04:27	0:01:23	0:02:14	0:08:12	0:02:47	0:00:39	0:04:36
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C2 - Adulto)	0:07:37	0:05:25	0:10:53	0:10:48	0:05:46	0:08:42	0:12:21	0:11:38	0:08:34	0:06:52	0:09:25	0:09:36
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C3- Adulto)	0:13:13	0:10:09	0:14:11	0:10:51	0:17:05	0:22:30	0:23:54	0:15:06	0:13:26	0:11:18	0:09:42	0:09:56
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C4 - Adulto)	0:19:04	0:15:42	0:23:41	0:14:09	0:16:10	0:22:47	0:27:09	0:21:51	0:17:53	0:13:49	0:15:43	0:18:26
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C5 - Adulto)	0:12:32	0:14:00	0:14:45	0:06:20	0:07:31	0:21:38	0:17:02	0:32:33	0:24:10	0:25:06	0:25:04	0:34:14
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C1)		0:03:55	0:01:43	0:00:35	0:03:13	0:04:27	0:01:23	0:02:14	0:04:09	0:02:47	0:00:39	0:04:36
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C2)	0:07:25	0:03:42	0:06:01	0:10:48	0:08:17	0:05:12	0:10:57	0:06:43	0:06:36	0:05:28	0:06:07	0:09:03
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C3)	0:10:53	0:08:35	0:12:22	0:09:43	0:15:37	0:20:18	0:20:38	0:12:30	0:13:12	0:09:26	0:08:59	0:09:06
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C4)	0:14:45	0:12:30	0:19:41	0:14:18	0:19:08	0:27:09	0:26:00	0:21:54	0:19:20	0:12:57	0:14:07	0:14:15
	Tiempo promedio de espera box	Primera atención médica (C5)	0:10:21	0:14:41	0:13:48	0:07:34	0:20:01	0:32:49	0:34:40	0:31:57	0:25:30	0:21:56	0:20:16	0:26:13



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C1-Infantil)												
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C2-Infantil)	0:17:22	0:04:06					0:03:54		0:06:20		1:04:47	
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C3-Infantil)	0:07:32	0:10:12	0:09:38	0:08:31	0:09:15	0:06:33	0:04:42	0:08:56	0:06:56	0:15:58	0:32:30	0:46:01
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C4-Infantil)	0:08:22	0:06:58	0:07:23	0:08:54	0:03:30	0:07:47	0:07:15	0:05:21	0:07:34	0:11:24	0:31:24	0:34:54
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C5-Infantil)	0:11:52	0:09:18		0:04:23				0:05:21	0:07:40	0:06:42	0:29:39	0:42:39
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C1- Adulto)		0:02:18	0:02:07		0:00:42	0:12:06	0:01:17	0:01:51	0:00:31			
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C2-Adulto)	0:02:16	0:08:52	0:05:57	0:05:35	0:10:42	0:06:37	0:06:18	0:12:02	0:08:09		0:30:51	0:40:06
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C3- Adulto)	0:13:35	0:09:45	0:10:26	0:09:25	0:17:59	0:10:37	0:13:27	0:12:59	0:09:28	0:03:41	0:47:13	0:53:38
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C4-Adulto)	0:10:09	0:11:19	0:08:27	0:09:56	0:07:32	0:07:13	0:12:10	0:09:22	0:11:35	0:04:44	0:37:52	0:32:42
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C5- Adulto)		0:05:54	0:06:36	0:02:19		0:00:54	0:11:26	0:06:20	0:07:53	0:10:24	0:29:50	0:51:39
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C1)		0:02:18	0:02:07		0:00:42	0:12:06	0:01:17	0:01:51	0:00:31			
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C2)	0:09:49	0:06:29	0:05:57	0:05:35	0:10:42	0:06:37	0:05:06	0:12:02	0:07:15		0:47:49	0:40:06
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C3)	0:10:33	0:09:58	0:10:02	0:08:58	0:13:37	0:08:35	0:09:04	0:10:57	0:08:12	0:09:50	0:39:52	0:49:49
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C4)	0:09:16	0:09:08	0:07:55	0:09:25	0:05:31	0:07:30	0:09:43	0:07:22	0:09:34	0:08:04	0:34:38	0:33:48
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Imagenología)	Apoyo al diagnóstico (C5)	0:11:52	0:07:36	0:06:36	0:03:21		0:00:54	0:11:26	0:05:51	0:07:46	0:08:33	0:29:44	0:47:09



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C1-Infantil)												
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C2-Infantil)	0:39:51	0:43:43	0:54:56		1:02:12	1:22:01	0:45:20	0:30:24	0:38:23	1:06:40	0:57:31	1:18:52
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C3-Infantil)	0:56:08	0:52:31	1:04:29	1:01:51	1:01:07	1:01:22	1:04:16	1:12:14	1:01:45	0:54:05	1:42:19	1:18:07
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C4-Infantil)	0:53:03	0:51:24	0:56:54	0:55:19	0:58:20	0:55:41	1:00:25	0:51:35	0:55:36	0:59:38	1:42:44	1:27:31
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C5-Infantil)	2:29:44	0:49:15				0:40:54	0:48:49	1:04:54	0:57:10	0:54:02	1:05:16	1:12:34
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C1- Adulto)		0:49:27	0:28:16	0:48:59	0:42:12	0:48:56	0:38:22	0:54:28	0:40:59		0:23:11	0:51:31
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C2-Adulto)	0:46:49	0:42:27	0:44:23	0:43:16	0:46:16	0:43:59	0:43:59	0:54:10	0:54:56	0:44:17	1:23:50	1:18:36
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C3- Adulto)	0:52:19	0:58:16	1:01:08	0:52:52	1:06:42	0:50:19	0:56:03	1:02:06	1:22:05	0:47:06	1:11:04	1:18:36
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C4-Adulto)	0:53:07	0:55:37	0:54:43	1:04:15	0:56:52	0:59:00	1:13:20	1:12:00	0:52:24	0:51:54	1:29:03	1:28:12
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C5- Adulto)	0:49:01	0:31:27	0:42:39	0:32:22	1:09:19	1:15:36	1:20:43	1:02:24	0:59:23	1:04:05	1:11:46	1:17:07
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C1)		0:49:27	0:28:16		0:42:12	0:48:56	0:38:22	0:54:28	0:40:59			
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C2)	0:43:20	0:43:05	0:49:40	0:43:16	0:54:14	1:03:00	0:44:39	0:42:17	0:46:39		1:10:41	1:18:44
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C3)	0:54:14	0:55:24	1:02:49	0:57:21	1:03:55	0:55:51	1:00:09	1:07:10	1:11:55	0:50:35	1:26:42	1:18:21
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C4)	0:53:05	0:53:31	0:55:48	0:59:47	0:57:36	0:57:20	1:06:52	1:01:48	0:54:00	0:55:46	1:35:54	1:27:51
Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo (Laboratorio)	Apoyo al diagnóstico (C5)	1:39:22	0:40:21	0:42:39	0:32:22		0:58:15	1:04:46	1:03:39	0:58:17	0:59:03	1:08:31	1:14:50



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C1 - Infantil)			0:05:47		0:03:38				0:00:41			
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C2 - Infantil)	0:06:44	0:09:08	0:04:47		0:05:15	0:13:43	0:05:06	0:04:26	0:08:53	0:02:15	0:04:35	0:07:15
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C3 - Infantil)	0:03:27	0:03:03	0:03:49	0:03:24	0:02:52	0:02:33	0:02:57	0:03:00	0:03:22	0:03:03	0:03:06	0:03:29
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C4 - Infantil)	0:02:17	0:02:19	0:02:28	0:02:30	0:02:31	0:02:15	0:02:19	0:02:30	0:03:10	0:02:37	0:02:34	0:02:44
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C5 - Infantil)	0:02:32	0:02:10	0:03:08	0:03:21	0:02:29	0:02:08	0:02:05	0:02:15	0:02:29	0:02:24	0:02:13	0:02:31
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C1 - Adulto)		0:08:38	0:08:56	0:03:52	0:22:24	0:32:35	0:15:19	0:05:28	0:02:07	0:08:21	0:01:00	0:02:20
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C2 - Adulto)	0:06:32	0:05:23	0:06:04	0:07:31	0:07:14	0:12:40	0:06:09	0:06:40	0:08:00	0:06:01	0:03:18	0:03:59
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C3 - Adulto)	0:03:24	0:04:04	0:03:51	0:04:09	0:04:25	0:03:59	0:03:58	0:03:49	0:04:00	0:03:41	0:04:19	0:03:49
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C4 - Adulto)	0:02:31	0:02:29	0:02:51	0:02:49	0:02:49	0:03:09	0:02:44	0:02:47	0:03:20	0:03:16	0:02:52	0:03:04
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C5 - Adulto)	0:02:25	0:02:21	0:03:08	0:02:34	0:03:01	0:06:18	0:03:35	0:02:35	0:02:33	0:02:37	0:02:34	0:02:31
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C1)		0:08:38	0:07:21	0:03:52	0:13:01	0:32:35	0:15:19	0:05:28	0:01:24	0:08:21	0:01:00	0:02:20
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C2)	0:06:38	0:07:16	0:05:25	0:07:31	0:06:14	0:13:11	0:05:37	0:05:33	0:08:27	0:04:08	0:03:57	0:05:37
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C3)	0:03:25	0:03:33	0:03:50	0:03:46	0:03:38	0:03:16	0:03:28	0:03:24	0:03:41	0:03:22	0:03:43	0:03:39
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C4)	0:02:24	0:02:24	0:02:39	0:02:40	0:02:40	0:02:42	0:02:31	0:02:38	0:03:15	0:02:57	0:02:43	0:02:54
Tiempo promedio de espera de alta administrativa	Alta médica (C5)	0:02:29	0:02:15	0:03:08	0:02:57	0:02:45	0:04:13	0:02:50	0:02:25	0:02:31	0:02:31	0:02:23	0:02:31



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
10	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C1-Infantil)					0:29:20				0:11:53			
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C2-Infantil)	0:10:58	0:15:27	0:06:00		0:08:30	0:27:32	0:17:00	0:10:28	0:27:39	0:02:58	0:13:32	0:11:25
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C3-Infantil)	0:20:29	0:17:19	0:17:57	0:37:38	0:22:13	0:19:43	0:22:39	0:31:33	0:25:23	0:21:55	0:23:21	0:14:41
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C4-Infantil)	0:22:13	0:17:17	0:26:51	0:30:46	0:24:29	0:24:17	0:28:44	0:34:29	0:40:21	0:24:20	0:17:18	0:12:19
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C5-Infantil)	0:31:25	0:26:53	0:41:09	0:27:37	0:32:50	1:04:31	0:49:59	0:54:41	0:41:52	0:31:05	0:19:33	0:13:07
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C1-Adulto)		0:31:52	0:14:06	0:46:40	1:21:26	0:30:37	0:44:38	0:51:24	0:17:08	0:21:19	0:07:18	0:24:17
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C2-Adulto)	0:22:06	0:11:31	0:14:14	0:22:16	0:26:40	0:14:09	0:09:09	0:12:11	0:15:00	0:18:23	0:09:13	0:12:02
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C3-Adulto)	0:22:07	0:21:58	0:18:40	0:45:03	0:32:24	0:27:10	0:29:16	0:29:27	0:43:24	0:29:06	0:18:28	0:11:31
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C4-Adulto)	0:25:01	0:21:50	0:26:02	0:37:27	0:28:24	0:31:02	0:33:11	0:35:24	0:37:02	0:23:05	0:18:47	0:14:24
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C5-Adulto)	0:29:10	0:31:36	0:31:47	0:34:50	0:38:44	0:35:29	0:52:36	1:23:10	0:50:36	0:46:47	0:28:50	0:20:14
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C1)		0:31:52	0:14:06	0:46:40	0:55:23	0:30:37	0:44:38	0:51:24	0:14:31	0:21:19	0:07:18	0:24:17
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C2)	0:16:32	0:13:29	0:10:07	0:22:16	0:17:35	0:20:51	0:13:05	0:11:19	0:21:20	0:10:40	0:11:22	0:11:43
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C3)	0:21:18	0:19:38	0:18:19	0:41:20	0:27:19	0:23:27	0:25:58	0:30:30	0:34:24	0:25:31	0:20:55	0:13:06
	Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C4)	0:23:37	0:19:34	0:26:26	0:34:06	0:26:26	0:27:39	0:30:58	0:34:56	0:38:41	0:23:43	0:18:03	0:13:21
Tiempo promedio de espera de alta médica	Alta médica (C5)	0:30:18	0:29:14	0:36:28	0:31:14	0:35:47	0:50:00	0:51:17	1:08:56	0:46:14	0:38:56	0:24:12	0:16:40	
11	Tiempo promedio de espera de traslados internos y externos	Apoyo Logístico	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.
12	Tiempo promedio de espera para hospitalización en camas de dotación	Hospitalización del paciente	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	
13	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C1- Infantil)					1:28:10			0:11:01				
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C2- Infantil)	1:22:52	0:59:24	2:14:41	0:00:00	3:11:51	1:04:17	2:40:11	1:17:36	1:18:48	2:41:07	1:01:44	1:44:28
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C3- Infantil)	1:53:00	1:45:46	2:08:30	2:10:13	2:04:55	2:20:15	2:15:24	2:05:26	2:11:05	1:55:59	1:49:07	1:54:27
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C4- Infantil)	1:11:59	1:11:27	1:16:58	1:21:58	1:31:38	1:49:13	1:39:07	1:35:34	1:51:16	1:29:45	1:11:13	1:27:29
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C5- Infantil)	0:49:08	1:07:40	0:51:43	0:50:01	0:41:05	1:37:35	1:47:51	2:00:54	1:46:14	1:21:25	1:03:22	1:06:21
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C1- Adulto)	0:00:00	1:30:29	2:41:59	1:19:32	3:02:13	2:19:03	1:29:56	3:12:25	1:23:25	0:31:50	2:51:08	5:01:05
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C2- Adulto)	4:21:52	3:25:27	3:16:29	3:38:22	3:11:27	3:06:58	3:41:58	4:14:29	3:38:19	2:30:32	3:18:20	2:44:55
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C3- Adulto)	2:33:12	2:42:18	2:57:02	3:05:15	3:02:12	2:56:01	3:11:46	3:07:48	2:55:59	2:55:01	2:52:06	2:54:44
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C4- Adulto)	1:38:34	1:32:52	1:57:54	1:43:40	1:38:16	1:55:34	2:02:35	2:00:40	1:57:03	2:05:08	1:55:55	2:00:41
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C5- Adulto)	1:04:42	1:21:45	1:17:37	1:01:21	1:06:36	1:22:28	1:49:30	2:40:57	2:01:14	2:00:32	1:41:01	1:39:20
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C1)		1:30:29	2:41:59	1:19:32	2:15:12	2:19:03	1:29:56	3:12:25	0:47:13	0:31:50	2:51:08	5:01:05
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C2)	2:52:22	2:12:26	2:45:35	1:49:11	3:11:39	2:05:37	3:11:04	2:46:03	2:28:34	2:35:49	2:10:02	2:14:42
	Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C3)	2:13:06	2:14:02	2:32:46	2:37:44	2:33:34	2:38:08	2:43:35	2:36:37	2:33:32	2:25:30	2:20:36	2:24:35
Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C4)	1:25:16	1:22:09	1:37:26	1:32:49	1:34:57	1:52:24	1:50:51	1:48:07	1:54:10	1:47:27	1:33:34	1:44:05	
Tiempo promedio de espera (Total)	Atención al paciente (C5)	0:56:55	1:14:43	1:04:40	0:55:41	0:53:51	1:30:02	1:48:40	2:20:55	1:53:44	1:40:59	1:22:11	1:22:51	



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	
14	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C1-Infantil)												
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C2-Infantil)	0:59:02	1:30:43			3:44:13		2:00:02		1:20:28		0:41:51	3:30:22
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C3-Infantil)		1:44:22		1:33:54	0:15:18		2:37:12		1:34:34		1:47:01	
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C4-Infantil)			2:07:56								5:44:59	
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C5-Infantil)												
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C1-Adulto)		1:30:25	3:08:00	1:39:36	1:34:36	2:20:05	2:20:00	2:50:44	1:24:37	0:44:30		5:59:39
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C2-Adulto)	3:46:58	3:32:14	3:22:11	4:10:02	3:43:45	3:44:29	3:24:49	4:23:06	3:59:41	2:45:22	3:39:21	3:25:14
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C3-Adulto)	2:17:03	4:33:47	3:04:08	2:37:25	4:28:36	4:20:05	2:51:09	3:01:41	2:53:17	2:53:11	3:08:14	5:32:29
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C4-Adulto)	2:32:17	2:17:19		0:56:42		1:38:27			2:43:56	2:09:50	3:31:30	1:36:40
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C5-Adulto)												
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C1)		1:30:25	3:08:00	1:39:36	1:34:36	2:20:05	2:20:00	2:50:44	1:24:37	0:44:30		5:59:39
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C2)	2:23:00	2:31:28	3:22:11	4:10:02	3:43:59	3:44:29	2:42:25	4:23:06	2:40:04	2:45:22	2:10:36	3:27:48
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C3)	2:17:03	3:09:05	3:04:08	2:05:39	2:21:57	4:20:05	2:44:10	3:01:41	2:13:55	2:53:11	2:27:37	5:32:29
	Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C4)	2:32:17	2:17:19	2:07:56	0:56:42		1:38:27			2:43:56	2:09:50	4:38:15	1:36:40
Tiempo total uso reanimador	Reanimación (C5)													
15	Tiempo promedio admisión (Tiempo recaudación)	Admisión/Recaudación	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	
16	Tiempo promedio triage	Triage	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
17	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C1- Infantil)					1:45:18				0:08:13			
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C2- Infantil)	1:32:05	1:19:26	3:17:26		3:53:02	1:13:06	2:22:01	0:55:31	1:20:28	3:23:59	1:10:36	2:58:58
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C3- Infantil)	1:46:33	1:47:06	2:08:04	1:50:06	1:47:34	1:46:48	1:51:21	1:46:20	1:56:06	1:47:57	1:48:20	1:59:41
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C4- Infantil)	0:53:52	0:58:36	0:52:49	0:52:15	0:54:28	0:52:48	0:55:56	0:52:40	1:04:29	1:13:17	1:14:28	1:25:12
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C5- Infantil)	0:35:51	0:45:48	0:18:26	0:36:00	0:19:43	0:24:48	0:39:05	0:48:24	0:50:19	0:45:45	0:44:10	0:52:25
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C1- Adulto)		1:16:33	3:08:00	1:02:06	2:11:23	2:20:05	1:36:05	2:50:44	1:29:57	0:44:30	3:06:04	5:21:47
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C2- Adulto)	4:34:32	3:50:41	3:32:08	3:42:25	3:24:09	3:38:49	3:51:00	4:38:29	3:49:21	2:56:57	3:36:32	3:04:52
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C3- Adulto)	2:25:46	2:41:05	2:47:21	2:39:53	2:45:55	2:37:34	2:49:26	2:47:34	2:27:00	2:41:24	2:57:39	3:04:48
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C4- Adulto)	1:10:08	1:15:11	1:18:45	1:10:27	1:08:37	1:09:03	1:06:16	1:09:42	1:24:28	1:47:29	1:47:18	1:41:52
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C5- Adulto)	0:42:07	0:50:40	0:47:51	0:38:30	0:41:15	0:44:15	0:53:44	0:54:17	0:52:33	0:57:11	1:01:35	0:56:57
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C1)		1:16:33	3:08:00	1:02:06	1:58:20	2:20:05	1:36:05	2:50:44	0:49:05	0:44:30	3:06:04	5:21:47
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C2)	3:03:19	2:35:04	3:24:47	3:42:25	3:38:36	2:25:57	3:06:30	2:47:00	2:34:54	3:10:28	2:23:34	3:01:55
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C3)	2:06:10	2:14:06	2:27:43	2:14:59	2:16:45	2:12:11	2:20:23	2:16:57	2:11:33	2:14:41	2:23:00	2:32:14
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C4)	1:02:00	1:06:53	1:05:47	1:01:21	1:01:33	1:00:55	1:01:06	1:01:11	1:14:28	1:30:23	1:30:53	1:33:32
	Tiempo promedio en box	Primera atención médica (C5)	0:38:59	0:48:14	0:33:09	0:37:15	0:30:29	0:34:32	0:46:25	0:51:21	0:51:26	0:51:28	0:52:52	0:54:41
18	Tiempo promedio de atención de interconsultor	Atención de interconsultor	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.	S/Inf.



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C1-Infantil)												
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C2-Infantil)	0:02:48	0:19:47	0:18:12		0:07:56	0:24:04	0:11:10	0:00:00	0:16:56	0:08:23	0:16:11	0:23:12
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C3-Infantil)	0:17:29	0:11:54	0:23:47	0:17:40	0:18:35	0:18:31	0:14:34	0:16:50	0:15:45	0:17:32	0:21:56	0:26:18
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C4-Infantil)	0:13:06	0:09:58	0:18:10	0:20:04	0:12:05	0:16:31	0:24:37	0:22:56	0:14:01	0:13:08	0:23:01	0:16:32
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C5-Infantil)	0:24:03	0:02:11	0:06:08					0:08:51	0:15:37	0:12:55	0:13:22	0:14:42
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C1-Adulto)		0:13:11	0:14:44	0:13:09	0:16:47	0:13:30	0:40:34	0:17:36	0:23:06	0:07:16	0:03:37	0:14:24
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C2-Adulto)	0:28:36	0:16:30	0:22:41	0:16:22	0:19:09	0:23:34	0:12:59	0:28:58	0:11:41	0:19:25	0:13:56	0:08:55
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C3-Adulto)	0:27:08	0:22:03	0:18:15	0:29:15	0:28:58	0:30:17	0:25:41	0:20:20	0:24:35	0:17:10	0:30:21	0:22:11
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C4-Adulto)	0:17:26	0:24:29	0:17:54	0:28:13	0:30:17	0:28:10	0:19:38	0:17:19	0:27:27	0:23:08	0:24:43	0:20:29
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C5-Adulto)	0:22:44	0:09:47	0:11:34	0:16:38	0:18:12	0:09:41	0:12:21	0:14:45	0:14:54	0:11:59	0:22:53	0:18:47
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C1)		0:13:11	0:14:44	0:13:09	0:16:47	0:13:30	0:40:34	0:17:36	0:23:06		0:03:37	0:14:24
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C2)	0:15:42	0:18:09	0:20:27	0:16:22	0:13:32	0:23:49	0:12:05	0:14:29	0:14:19	0:13:54	0:15:04	0:16:03
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C3)	0:22:18	0:16:59	0:21:01	0:23:27	0:23:47	0:24:24	0:20:08	0:18:35	0:20:10	0:17:21	0:26:08	0:24:15
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C4)	0:15:16	0:17:14	0:18:02	0:24:08	0:21:11	0:22:21	0:22:08	0:20:08	0:20:44	0:18:08	0:23:52	0:18:31
Tiempo promedio de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería (C5)	0:23:24	0:05:59	0:08:51	0:16:38	0:18:12	0:09:41	0:12:21	0:11:48	0:15:16	0:12:27	0:18:07	0:16:45





	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
20	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C1 - Infantil)												
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C2 - Infantil)	0:17:22	0:04:06					0:03:54		0:06:20		0:10:17	5:40:45
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C3- Infantil)	0:07:32	0:10:12	0:09:38	0:08:31	0:09:15	0:06:33	0:04:42	0:08:56	0:06:56	0:15:58	0:22:11	0:04:11
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C4- Infantil)	0:08:22	0:06:58	0:07:23	0:08:54	0:03:30	0:07:47	0:07:15	0:05:21	0:07:34	0:11:24	0:08:08	0:07:35
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C5 - Infantil)	0:11:52	0:09:18		0:04:23				0:05:21	0:07:40	0:06:42	0:08:09	0:09:11
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C1 - Adulto)		0:02:18	0:02:07		0:00:42	0:12:06	0:01:17	0:01:51	0:00:31			
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C2 - Adulto)	0:02:16	0:08:52	0:05:57	0:05:35	0:10:42	0:06:37	0:06:18	0:12:02	0:08:09		0:04:41	0:03:52
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C3 - Adulto)	0:13:35	0:09:45	0:10:26	0:09:25	0:17:59	0:10:37	0:13:27	0:12:59	0:09:28	0:03:41	0:07:23	0:15:21
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C4 - Adulto)	0:10:09	0:11:19	0:08:27	0:09:56	0:07:32	0:07:13	0:12:10	0:09:22	0:11:35	0:04:44	0:23:57	0:10:19
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C5 - Adulto)		0:05:54	0:06:36	0:02:19		0:00:54	0:11:26	0:06:20	0:07:53	0:10:24	0:07:49	0:10:33
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C1)		0:02:18	0:02:07		0:00:42	0:12:06	0:01:17	0:01:51	0:00:31			
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C2)	0:09:49	0:06:29	0:05:57	0:05:35	0:10:42	0:06:37	0:05:06	0:12:02	0:07:15		0:07:29	2:52:19
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C3)	0:10:33	0:09:58	0:10:02	0:08:58	0:13:37	0:08:35	0:09:04	0:10:57	0:08:12	0:09:50	0:14:47	0:09:46
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C4)	0:09:16	0:09:08	0:07:55	0:09:25	0:05:31	0:07:30	0:09:43	0:07:22	0:09:34	0:08:04	0:16:03	0:08:57
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Imágenes)	Apoyo al diagnóstico (C5)	0:11:52	0:07:36	0:06:36	0:03:21		0:00:54	0:11:26	0:05:51	0:07:46	0:08:33	0:07:59	0:09:52



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
20	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C1 - Infantil)												
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C2 - Infantil)	0:39:17	0:30:16	0:25:35		0:28:25	0:42:05	0:28:00	0:13:03	0:28:15	0:13:33	0:16:17	1:43:12
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C3 - Infantil)	0:38:45	0:34:38	0:42:09	0:41:54	0:40:41	0:44:05	0:45:17	0:52:36	0:40:47	0:41:06	0:43:55	0:42:48
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C4 - Infantil)	0:30:22	0:29:14	0:28:42	0:28:29	0:37:22	0:31:11	0:36:30	0:33:13	0:31:47	0:41:11	0:45:34	0:47:16
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C5 - Infantil)	0:42:20	0:13:27				1:12:14	0:22:23	0:36:08	0:33:04	0:36:15	0:46:01	0:48:14
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C1 - Adulto)		0:55:08	1:00:21	0:53:14	0:27:49	0:41:20	1:38:59	0:46:24	0:28:40		0:12:07	0:58:47
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
	Apoyo al diagnóstico (C2 - Adulto)	0:39:18	0:41:32	0:39:50	0:46:24	0:43:48	0:27:38	1:44:48	0:39:59	0:33:04	0:19:42	0:31:46	0:30:23
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)												
Apoyo al diagnóstico (C3 - Adulto)	0:27:36	0:45:42	0:39:21	0:40:33	0:42:58	0:36:00	0:44:34	0:45:34	0:44:14	0:58:54	1:04:29	0:54:49	
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C4 - Adulto)	0:31:31	0:30:06	0:31:18	0:35:03	0:40:10	0:35:42	0:36:17	0:37:13	0:33:42	0:27:08	0:51:48	0:50:31	
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C5 - Adulto)	0:22:47	0:18:56	0:13:26	0:02:07	0:42:15	0:53:41	0:23:06	0:21:06	0:34:35	0:27:17	1:08:00	1:07:03	
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C1)			0:55:08	1:00:21	0:53:14	0:27:49	0:41:20	1:38:59	0:46:24	0:28:40		0:12:07	0:58:47
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C2)	0:39:18	0:35:54	0:32:43	0:46:24	0:36:06	0:34:51	1:06:24	0:26:31	0:30:40	0:16:37	0:24:02	1:06:48	
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C3)	0:33:11	0:40:10	0:40:45	0:41:14	0:41:49	0:40:02	0:44:55	0:49:05	0:42:31	0:50:00	0:54:12	0:48:49	
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C4)	0:30:56	0:29:40	0:30:00	0:31:46	0:38:46	0:33:26	0:36:23	0:35:13	0:32:44	0:34:10	0:48:41	0:48:53	
Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (Ex. Laboratorio)													
Apoyo al diagnóstico (C5)	0:32:34	0:16:11	0:13:26	0:02:07	0:42:15	1:02:58	0:22:44	0:28:37	0:33:49	0:31:46	0:57:01	0:57:38	



Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	
21	Tiempo promedio del ciclo del paciente					2:45:27				0:20:13				
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	1:50:17	1:36:51	3:24:35		4:12:20	1:42:20	3:15:27	1:37:46	1:52:46	3:31:02	1:26:57	3:18:53	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	2:20:18	2:13:51	2:41:48	2:42:37	2:33:43	2:49:09	2:49:18	2:38:33	2:42:21	2:25:56	2:24:07	2:29:37	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	1:31:37	1:29:35	1:42:38	1:45:40	1:53:28	2:11:02	2:05:53	2:01:06	2:14:34	1:55:59	1:51:12	1:55:12	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	1:18:01	1:30:58	1:12:40	1:14:16	0:57:59	2:22:41	2:14:44	2:25:45	2:09:51	1:45:38	1:26:09	1:30:40	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente		1:54:44	3:24:04	1:49:22	3:36:35	2:55:08	2:22:06	3:44:21	1:52:48	1:08:36	3:14:00	6:02:44	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	5:04:28	4:07:48	3:57:15	4:15:33	3:56:37	3:56:50	4:13:19	5:02:36	4:13:54	3:22:45	3:55:30	3:29:22	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	3:06:08	3:16:58	3:25:33	3:39:37	3:40:16	3:35:21	3:47:38	3:40:20	3:28:55	3:27:44	3:29:34	3:37:57	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	2:01:46	2:00:34	2:17:32	2:11:04	2:06:03	2:24:14	2:23:41	2:20:44	2:28:35	2:33:49	2:28:10	2:24:54	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente	1:27:48	1:37:56	1:35:57	1:23:27	1:31:06	1:41:05	2:08:33	3:00:47	2:19:10	2:19:37	2:03:13	1:58:46	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente		1:54:44	3:24:04	1:49:22	3:11:01	2:55:08	2:22:06	3:44:21	1:06:30	1:08:36	3:14:00	6:02:44	
	Tiempo promedio del ciclo del paciente		3:27:22	2:52:20	3:40:55	4:15:33	4:04:28	2:49:35	3:44:23	3:20:11	3:03:20	3:26:53	2:41:13	3:24:08
	Tiempo promedio del ciclo del paciente		2:43:13	2:45:25	3:03:40	3:11:07	3:07:00	3:12:15	3:18:28	3:09:26	3:05:38	2:56:50	2:56:50	3:03:47
	Tiempo promedio del ciclo del paciente		1:46:41	1:45:04	2:00:05	1:58:22	1:59:46	2:17:38	2:14:47	2:10:55	2:21:34	2:14:54	2:09:41	2:10:03
	Tiempo promedio del ciclo del paciente		1:22:55	1:34:27	1:24:18	1:18:51	1:14:32	2:01:53	2:11:39	2:43:16	2:14:30	2:02:37	1:44:41	1:44:43
22	Tiempo promedio de atención médica					1:37:11				0:07:28				
	Tiempo promedio de atención médica	1:25:37	1:16:03	2:53:40		3:42:04	1:05:09	2:13:28	0:50:22	1:16:59	3:19:00	1:01:01	2:50:53	
	Tiempo promedio de atención médica	1:38:00	1:38:37	1:59:49	1:39:31	1:37:09	1:35:29	1:41:32	1:36:42	1:44:53	1:37:39	1:38:50	1:49:16	
	Tiempo promedio de atención médica	0:44:30	0:50:06	0:43:56	0:42:35	0:43:18	0:41:52	0:45:42	0:43:28	0:53:00	1:03:23	1:05:23	1:17:10	
	Tiempo promedio de atención médica	0:29:06	0:41:19	0:11:54	0:29:00	0:12:37	0:18:50	0:27:48	0:40:29	0:40:29	0:36:08	0:35:37	0:44:23	
	Tiempo promedio de atención médica		1:05:13	2:53:47	1:01:26	2:05:49	2:18:18	1:15:11	2:35:01	1:16:37	0:30:17	2:41:29	4:58:17	
	Tiempo promedio de atención médica	4:17:41	3:45:03	3:24:02	3:34:58	3:17:11	3:31:37	3:39:05	4:26:04	3:37:32	2:50:17	3:28:23	2:51:25	
	Tiempo promedio de atención médica	2:14:25	2:31:29	2:35:52	2:30:35	2:36:17	2:26:34	2:37:00	2:34:38	2:13:29	2:30:30	2:48:04	2:53:16	
	Tiempo promedio de atención médica	0:58:35	1:05:22	1:07:00	1:01:04	0:59:06	0:57:37	0:54:24	0:57:51	1:11:49	1:36:17	1:36:40	1:31:32	
	Tiempo promedio de atención médica	0:26:21	0:33:05	0:31:40	0:26:34	0:29:08	0:30:49	0:40:36	0:36:09	0:41:27	0:45:34	0:50:39	0:47:51	
	Tiempo promedio de atención médica		1:05:13	2:53:47	1:01:26	1:51:30	2:18:18	1:15:11	2:35:01	0:42:02	0:30:17	2:41:29	4:58:17	
	Tiempo promedio de atención médica	2:51:39	2:30:33	3:08:51	3:34:58	3:29:37	2:18:23	2:56:17	2:38:13	2:27:15	3:04:38	2:14:42	2:51:09	
	Tiempo promedio de atención médica	1:56:12	2:05:03	2:17:50	2:05:03	2:06:43	2:01:02	2:09:16	2:05:40	1:59:11	2:04:04	2:13:27	2:21:16	
	Tiempo promedio de atención médica	0:51:33	0:57:44	0:55:28	0:51:49	0:51:12	0:49:44	0:50:03	0:50:39	1:02:25	1:19:50	1:21:02	1:24:21	
	Tiempo promedio de atención médica	0:27:44	0:37:12	0:21:47	0:27:47	0:20:53	0:24:49	0:34:12	0:38:19	0:40:58	0:40:51	0:43:08	0:46:07	



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
23	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C1- Infantil)					1:17:16				0:09:11			
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C2- Infantil)	0:27:24	0:37:27	1:09:54		1:00:29	0:38:04	0:35:17	0:20:10	0:33:57	0:49:55	0:25:12	1:34:25
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C3 - Infantil)	0:27:18	0:28:05	0:33:18	0:32:23	0:28:48	0:28:54	0:33:54	0:33:06	0:31:16	0:29:57	0:35:00	0:35:11
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C4 - Infantil)	0:19:38	0:18:07	0:25:40	0:23:42	0:21:50	0:21:50	0:26:46	0:25:32	0:23:18	0:26:14	0:39:59	0:27:43
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C5- Infantil)	0:28:53	0:23:18	0:20:56	0:24:15	0:16:54	0:45:06	0:26:54	0:24:51	0:23:37	0:24:13	0:22:47	0:24:19
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C1-Adulto)		0:24:15	0:42:04	0:29:50	0:34:21	0:36:06	0:52:10	0:31:56	0:29:23	0:36:46	0:22:52	1:01:39
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C2-Adulto)	0:42:36	0:42:21	0:40:46	0:37:11	0:45:10	0:49:52	0:31:21	0:48:07	0:35:34	0:52:13	0:37:10	0:44:27
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C3-Adulto)	0:32:55	0:34:40	0:28:31	0:34:21	0:38:04	0:39:20	0:35:52	0:32:32	0:32:56	0:32:43	0:37:28	0:43:13
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C4-Adulto)	0:23:11	0:27:42	0:19:38	0:27:24	0:27:48	0:28:39	0:21:06	0:20:04	0:31:31	0:28:41	0:32:16	0:24:13
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C5- Adulto)	0:23:06	0:16:10	0:18:20	0:22:06	0:24:30	0:18:38	0:19:03	0:19:50	0:17:55	0:19:05	0:22:13	0:19:26
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C1)		0:24:15	0:42:04	0:29:50	0:55:49	0:36:06	0:52:10	0:31:56	0:19:17	0:36:46	0:22:52	1:01:39
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C2)	0:35:00	0:39:54	0:55:20	0:37:11	0:52:49	0:43:58	0:33:19	0:34:08	0:34:46	0:51:04	0:31:11	1:09:26
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C3)	0:30:07	0:31:23	0:30:54	0:33:22	0:33:26	0:34:07	0:34:53	0:32:49	0:32:06	0:31:20	0:36:14	0:39:12
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C4)	0:21:25	0:22:55	0:22:39	0:25:33	0:24:49	0:25:14	0:23:56	0:22:48	0:27:25	0:27:27	0:36:07	0:25:58
	Tiempo promedio de atención médica efectivo	Primera atención médica (C5)	0:26:00	0:19:44	0:19:38	0:23:10	0:20:42	0:31:52	0:22:58	0:22:20	0:20:46	0:21:39	0:22:30	0:21:52



Tipo de Indicador: Errores		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Indicador	Proceso												
24	Tasa de llamadas a interconsultores sin respuesta	Llamado y visita de interconsultor	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
25	Tasa de errores informados en procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	Tasa de errores en actividades de apoyo al diagnóstico	Apoyo al diagnóstico	0,0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	1,67%	0,00%	0,25%	0,00%	0,58%	0,58%
27	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C1- Infantil)											
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C2- Infantil)						9,1%					
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C3- Infantil)		1,8%	1,7%	1,8%	0,8%	1,7%	2,5%	2,6%	0,9%	0,9%	0,7%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C4- Infantil)		0,9%	0,5%	1,5%	1,1%	2,0%	1,5%	1,3%	1,5%	0,6%	0,7%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C5- Infantil)		0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,9%	0,2%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C1- Adulto)						20,0%					
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C2- Adulto)		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	2,6%	3,3%	0,0%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C3- Adulto)		1,2%	1,3%	1,4%	1,1%	1,5%	0,9%	1,1%	2,1%	1,1%	2,2%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C4- Adulto)		0,5%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	1,0%	0,9%	1,2%	0,7%	0,7%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C5- Adulto)		7,1%	11,0%	9,6%	10,8%	6,2%	9,1%	3,3%	1,4%	1,7%	1,3%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C1)							20,0%				
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C2)							4,5%	3,2%	2,6%	3,3%	
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C3)		1,5%	1,5%	1,6%	0,9%	1,6%	1,7%	1,8%	1,5%	1,0%	1,4%
	Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C4)		0,7%	0,7%	1,1%	1,0%	1,4%	1,3%	1,1%	1,4%	0,7%	0,7%
Tasa de cambio en diagnósticos	Revisión Diagnóstico (C5)		3,6%	5,5%	4,8%	12,5%	3,1%	4,5%	1,7%	1,2%	1,3%	0,7%	



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	
28	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C1-Infantil)									100,0%				
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C2-Infantil)						25,0%	18,2%			33,3%	40,0%		
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C3-Infantil)	0,4%	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C4-Infantil)	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C5-Infantil)					1,4%			0,0%		0,1%	0,2%	0,0%	
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C1-Adulto)				50,0%				20,0%				0,0%	33,3%
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C2-Adulto)		3,8%	3,0%	3,0%			8,0%	10,5%	12,9%	10,3%	16,7%	3,1%	3,1%
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C3-Adulto)	0,8%	1,1%	0,8%	0,5%	0,5%	1,0%	0,4%	0,4%	0,4%	1,4%	0,5%	1,8%	1,1%
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C4-Adulto)	0,5%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%	0,4%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C5-Adulto)	4,8%	8,6%	11,0%	9,6%	3,1%	6,2%	9,1%	1,4%	0,9%	1,2%	0,9%	0,4%	
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C1)				50,0%				20,0%		100,0%			33,3%
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C2)		3,8%	3,0%	3,0%			16,5%	14,4%	12,9%	10,3%	25,0%	21,6%	3,1%
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C3)	0,6%	0,7%	0,5%	0,4%	0,3%	0,6%	0,3%	0,4%	0,8%	0,3%	1,0%	0,7%	
	Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C4)	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,3%	0,5%	0,3%	0,3%	0,4%	
Tasa de reconsulta de pacientes	Egresar paciente (C5)	4,8%	8,6%	11,0%	9,6%	2,2%	6,2%	4,5%	1,4%	0,5%	0,7%	0,5%	0,4%		
29	Tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización	Egresar paciente	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	
30	Tasa de Infecciones intrahospitalarias	Mantenciones y Limpiezas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
31	Tasa de eventos centinelas	Eficiencia clínica	0,02%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,03%	0,00%	0,02%	0,03%	0,02%	0,02%	0,03%	
32	Tasa de complicaciones médicas*	Eficiencia clínica	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	
33	Tasa de accidentes	Seguridad	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
34	Tasa de error de medicación	procedimiento médico	0,02%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,02%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
35	Tasa de hospitalización no pertinente	Eficiencia clínica (C4-Infantil)	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%
	Tasa de hospitalización no pertinente	Eficiencia clínica (C5-Infantil)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%
	Tasa de hospitalización no pertinente	Eficiencia clínica (C4-adulto)	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	3%	5%	4%	4%
	Tasa de hospitalización no pertinente	Eficiencia clínica (C5-adulto)	1%	0%	1%	0%	2%	2%	0%	0%	1%	1%	1%	1%
	Tasa de hospitalización no pertinente	Eficiencia clínica (C4)	2%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	7%	6%	6%
	Tasa de hospitalización no pertinente	Eficiencia clínica (C5)	1%	0%	1%	0%	2%	2%	0%	0%	1%	1%	1%	2%
	Tasa de Pertinencia de derivación de accidentes escolares	Eficiencia clínica	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf



Tipo de Indicador: Cumplimiento de Estándares													
Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
37	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage			0%		0%							
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	83%	100%	100%		75%	100%	27%	50%	100%	100%	100%	80%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	96%	99%	97%	98%	93%	74%	80%	95%	94%	97%	97%	99%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	100%	100%	99%	100%	98%	91%	95%	98%	97%	99%	99%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	100%	100%	100%	100%	100%	71%	97%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	85%	89%	70%	63%	87%	82%	60%	74%	72%	73%	72%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	93%	96%	92%	95%	89%	79%	81%	89%	94%	95%	96%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	99%	100%	98%	100%	99%	92%	96%	98%	97%	98%	97%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	99%	100%	100%	100%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	84%	95%	85%	63%	81%	91%	44%	62%	86%	87%	86%	90%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	95%	97%	94%	96%	91%	77%	81%	92%	94%	96%	97%	99%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	99%	100%	99%	100%	98%	92%	96%	98%	97%	98%	98%	100%
	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de atención de acuerdo a clasificación de triage	100%	100%	100%	100%	100%	84%	99%	99%	100%	100%	100%	100%



Tipo de Indicador: Cumplimiento de Estándares			
Indicador	Proceso		
38	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de clasificación de triage	Calidad	No Definido
39	Existencia de protocolos de la unidad	Calidad	Internos 20 Ministeriales 50
40	Obtención de certificaciones de calidad o certificación de calidad en vigencia	Calidad-efectividad	2

Tipo de Indicador: Satisfacción				
Indicador	Proceso			
Tasa promedio de satisfacción Paciente	Atención al paciente	No Aplica		
Litigios	Atención al paciente	0		
Tasa de reclamos	Atención al paciente	0,01%	0,02%	0,10% 0,03%
Tasa promedio de Satisfacción del Personal	Foco en el personal	No Aplica		
Tasa de renuncias o transferencias por solicitud	Tasa de renuncias o transferencias por solicitud	0,02		
Tasa de especialización	Tasa de especialización	0,33		
Tasa de especialización	Tasa de especialización	0,48		



	Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
61	Cantidad de activos	Apoyo Logístico	81											
62	Utilización apoyo al diagnóstico	Apoyo al diagnóstico												
63	Utilización (camillas, sillas de rueda, camas)	Apoyo Logístico	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
64	Equipos no disponibles	Mantenciones y Limpiezas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
65	Dotación de personal por turno (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Médicos)	4	4	3	4	8	8	8	8	4	4	4	4
	Dotación de personal por turno (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Enfermeras/os)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Dotación de personal por turno (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Auxiliar de Enfermería)	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4
	Dotación de personal por turno (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Empleado de Servicio)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	Tasa de ausentismo (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Médicos)	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Tasa de ausentismo (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Enfermeras/os)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Tasa de ausentismo (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Auxiliar de Enfermería)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	1%
	Tasa de ausentismo (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Foco en el personal (Empleado de Servicio)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
67	Tasa de trabajo en exceso semanal	Seguridad del personal	36%	45%	35%	25%	21%	30%	28%	27%	8%	16%	14%	29%



Tipo de Indicador: Demanda												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Censo Diario Promedio	5.470	4.727	5.992	5.695	6.139	6.623	6.729	6.424	6.678	6.477	5.775	5.610
Tasa Pacientes Mañana	30%	28%	30%	31%	32%	31%	29%	31%	32%	31%	31%	29%
Tasa Pacientes Tarde	35%	37%	37%	40%	39%	41%	41%	38%	38%	37%	35%	37%
Tasa Pacientes Noche	34%	36%	33%	29%	29%	28%	30%	30%	31%	32%	34%	34%



Tipo de Indicador: Costos														
Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
47	Costo por actividades de reanimación	Reanimación (Infantil)	\$ 119.423	\$ 118.368	\$ 119.401	\$ 117.950	\$ 120.851	\$ 116.928	\$ 120.270	\$ 117.047	\$ 119.185	\$ 114.685	\$ 122.388	\$ 117.121
48	Costo por actividades de admisión	Admisión/Recaudación (Infantil)	\$ 681.053	\$ 398.487	\$ 544.230	\$ 408.128	\$ 425.600	\$ 466.926	\$ 396.081	\$ 356.007	\$ 429.996	\$ 466.247	\$ 390.909	\$ 507.342
49	Costo por actividades de triage	Triage (Infantil)	\$ 616.348	\$ 479.891	\$ 1.132.774	\$ 778.835	\$ 784.184	\$ 928.995	\$ 935.238	\$ 1.065.033	\$ 932.187	\$ 940.995	\$ 796.374	\$ 839.852
50	Costo por actividades de la primera atención médica	Ingreso paciente al box de atención (Primera atención médica) (Infantil)	\$ 6.141.248	\$ 6.214.629	\$ 7.646.886	\$ 5.958.815	\$ 6.774.825	\$ 7.329.679	\$ 7.138.021	\$ 7.166.279	\$ 7.778.130	\$ 6.441.140	\$ 7.844.435	\$ 5.576.133
51	Costo por actividades de llamado y la visita de interconsultor	Llamado y visita de interconsultor	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
52	Costo por actividades de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería	\$ 7.568.586	\$ 7.224.298	\$ 8.679.282	\$ 7.661.173	\$ 9.827.092	\$ 12.747.607	\$ 14.548.092	\$ 15.955.625	\$ 12.425.675	\$ 9.462.838	\$ 7.676.601	\$ 9.789.287
53	Costo por actividades de Apoyo al Diagnóstico	Apoyo al diagnóstico	\$ 5.906.917	\$ 5.163.624	\$ 6.544.842	\$ 5.501.951	\$ 6.449.100	\$ 5.270.161	\$ 11.372.428	\$ 16.247.239	\$ 14.955.525	\$ 7.581.968	\$ 5.593.203	\$ 5.979.225
54	Costo por actividades de Revisión Diagnóstico	Revisión Diagnóstico	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
55	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente (Infantil)	\$ 8.452.393	\$ 9.081.335	\$ 10.056.760	\$ 7.801.615	\$ 9.474.992	\$ 9.870.139	\$ 7.225.766	\$ 9.744.308	\$ 9.884.619	\$ 8.823.699	\$ 9.642.115	\$ 7.905.648
	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente (Infantil)	\$ 410.884	\$ 506.214	\$ 1.270.281	\$ 342.842	\$ 399.119	\$ 497.012	\$ 332.350	\$ 428.790	\$ 403.536	\$ 271.529	\$ 378.145	\$ 491.735
	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente (Infantil)	\$ 109.242	\$ 98.944	\$ 493.362	\$ 53.636	\$ 148.987	\$ 75.511	\$ 57.550	\$ 82.100	\$ 85.016	\$ 64.434	\$ 62.404	\$ 65.154
	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente (Infantil)	\$ 1.053.713	\$ 989.259	\$ 902.245	\$ 608.280	\$ 673.225	\$ 827.544	\$ 567.633	\$ 555.815	\$ 685.549	\$ 692.773	\$ 579.297	\$ 955.496
56	Costo promedio por	Recaudación	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf



Tipo de Indicador: Costos		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Indicador	Proceso												
47	Costo por actividades de reanimación	\$ 152.782	\$ 153.405	\$ 152.874	\$ 145.164	\$ 159.081	\$ 152.826	\$ 141.016	\$ 156.023	\$ 154.063	\$ 149.628	\$ 157.050	\$ 148.787
48	Costo por actividades de admisión	\$ 681.053	\$ 398.487	\$ 544.230	\$ 408.128	\$ 425.600	\$ 466.926	\$ 396.081	\$ 356.007	\$ 429.996	\$ 466.247	\$ 390.909	\$ 701.655
49	Costo por actividades de triage	\$ 990.528	\$ 823.345	\$ 1.132.774	\$ 778.835	\$ 784.184	\$ 928.995	\$ 935.238	\$ 1.065.033	\$ 932.187	\$ 940.995	\$ 796.374	\$ 1.148.852
50	Costo por actividades de la primera atención médica	\$ 7.597.747	\$ 7.131.813	\$ 7.683.613	\$ 7.370.618	\$ 7.777.382	\$ 7.364.842	\$ 8.807.892	\$ 8.219.823	\$ 8.858.693	\$ 7.906.090	\$ 9.563.462	\$ 7.427.421
51	Costo por actividades de llamado y la visita de interconsultor	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
52	Costo por actividades de procedimiento médico y de enfermería	\$ 25.169.421	\$ 24.191.560	\$ 25.956.836	\$ 24.165.661	\$ 27.880.500	\$ 25.217.893	\$ 24.505.797	\$ 27.045.967	\$ 25.004.732	\$ 20.685.196	\$ 24.976.088	\$ 26.379.217
53	Costo por actividades de Apoyo al Diagnóstico	\$ 15.690.974	\$ 15.242.646	\$ 16.133.043	\$ 14.128.302	\$ 16.860.781	\$ 14.716.772	\$ 11.585.667	\$ 14.629.818	\$ 12.673.695	\$ 17.622.743	\$ 15.822.172	\$ 16.700.290
54	Costo por actividades de Revisión Diagnóstico	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
55	Costo por actividades de Egreso Paciente	\$ 10.005.836	\$ 9.535.106	\$ 10.056.760	\$ 9.273.001	\$ 10.400.439	\$ 9.325.326	\$ 8.386.811	\$ 10.182.925	\$ 10.775.125	\$ 10.300.251	\$ 11.265.634	\$ 10.199.460
	Costo por actividades de Egreso Paciente	\$ 1.293.482	\$ 1.376.783	\$ 1.270.281	\$ 906.452	\$ 1.433.435	\$ 1.286.312	\$ 709.399	\$ 1.164.986	\$ 1.058.268	\$ 1.201.702	\$ 1.241.270	\$ 1.226.918
	Costo por actividades de Egreso Paciente	\$ 339.119	\$ 360.692	\$ 493.362	\$ 309.046	\$ 361.826	\$ 359.326	\$ 327.594	\$ 760.796	\$ 360.675	\$ 340.210	\$ 282.305	\$ 334.266
	Costo por actividades de Egreso Paciente	\$ 1.201.889	\$ 1.218.353	\$ 902.245	\$ 753.870	\$ 773.685	\$ 831.554	\$ 700.806	\$ 637.708	\$ 781.254	\$ 852.219	\$ 706.212	\$ 1.291.295
56	Costo por actividades de Apoyo Logístico	\$ 455.811	\$ 310.560	\$ 247.623	\$ 246.641	\$ 128.458	\$ 198.520	\$ 126.696	\$ 162.696	\$ 152.264	\$ 266.798	\$ 175.975	\$ 220.984
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	\$ 1.824.033	\$ 1.881.561	\$ 1.643.833	\$ 1.666.445	\$ 1.571.988	\$ 1.501.483	\$ 1.657.309	\$ 1.607.420	\$ 1.596.953	\$ 1.666.231	\$ 1.676.275	\$ 1.754.600
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	\$ 1.081.870	\$ 992.857	\$ 1.166.802	\$ 1.023.395	\$ 1.068.336	\$ 892.901	\$ 798.408	\$ 767.109	\$ 784.658	\$ 911.555	\$ 854.558	\$ 945.883
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	\$ 1.115.453	\$ 1.247.727	\$ 916.424	\$ 978.295	\$ 856.343	\$ 802.563	\$ 885.355	\$ 856.369	\$ 853.104	\$ 975.351	\$ 880.345	\$ 921.317
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	\$ 66.935	\$ 124.658	\$ 31.957	\$ 76.366	\$ 62.529	\$ 51.526	\$ 61.621	\$ 69.281	\$ 46.445	\$ 73.261	\$ 116.354	\$ 79.175
57	Costo promedio por Recaudación	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf



Tipo de Indicador: Costos														
Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
47	Costo por actividades reanimación	Reanimación	\$ 272.205	\$ 271.773	\$ 272.275	\$ 263.114	\$ 279.932	\$ 269.755	\$ 261.286	\$ 273.070	\$ 273.248	\$ 264.313	\$ 279.438	\$ 265.908
48	Costo por actividades de admisión	Admisión/Recaudación	\$ 1.362.106	\$ 796.974	\$ 1.088.460	\$ 816.256	\$ 851.200	\$ 933.853	\$ 792.162	\$ 712.014	\$ 859.992	\$ 932.493	\$ 781.818	\$ 1.208.996
49	Costo por actividades de triage	Triage	\$ 1.606.876	\$ 1.303.235	\$ 2.265.547	\$ 1.557.670	\$ 1.568.368	\$ 1.857.991	\$ 1.870.475	\$ 2.130.065	\$ 1.864.373	\$ 1.881.990	\$ 1.592.749	\$ 1.988.704
50	Costo por actividades de la primera atención médica	Ingreso paciente al box de atención (Primera atención médica)	\$ 13.738.995	\$ 13.346.442	\$ 15.330.499	\$ 13.329.434	\$ 14.552.207	\$ 14.694.520	\$ 15.945.913	\$ 15.386.103	\$ 16.636.824	\$ 14.347.231	\$ 17.407.897	\$ 13.003.554
51	Costo por actividades de llamado y la visita de interconsultor	Llamado y visita de interconsultor	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
52	Costo por actividades de procedimiento médico y de enfermería	procedimiento médico y de enfermería	\$ 32.738.007	\$ 31.415.858	\$ 34.636.118	\$ 31.826.834	\$ 37.707.592	\$ 37.965.500	\$ 39.053.890	\$ 43.001.592	\$ 37.430.407	\$ 30.148.035	\$ 32.652.689	\$ 36.168.503
53	Costo por actividades de Apoyo al Diagnóstico	Apoyo al diagnóstico	\$ 21.670.199	\$ 20.406.270	\$ 22.677.884	\$ 19.630.254	\$ 23.309.881	\$ 19.986.932	\$ 22.958.095	\$ 30.877.057	\$ 27.629.220	\$ 25.204.711	\$ 21.415.375	\$ 22.679.515
54	Costo por actividades de Revisión Diagnóstico	Revisión Diagnóstico	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
55	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente	\$ 18.458.228	\$ 18.616.441	\$ 20.113.519	\$ 17.074.615	\$ 19.875.431	\$ 19.195.465	\$ 15.612.578	\$ 19.927.233	\$ 20.659.745	\$ 19.123.950	\$ 20.907.749	\$ 18.105.108
	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente	\$ 1.704.366	\$ 1.882.997	\$ 2.540.562	\$ 1.249.294	\$ 1.832.554	\$ 1.783.324	\$ 1.041.750	\$ 1.593.775	\$ 1.461.804	\$ 1.473.232	\$ 1.619.415	\$ 1.718.653
	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente	\$ 448.362	\$ 459.636	\$ 986.724	\$ 362.682	\$ 510.814	\$ 434.837	\$ 385.144	\$ 842.897	\$ 445.691	\$ 404.644	\$ 344.710	\$ 399.420
	Costo por actividades de Egreso Paciente	Egresar paciente	\$ 2.255.603	\$ 2.207.612	\$ 1.804.490	\$ 1.362.150	\$ 1.446.910	\$ 1.659.097	\$ 1.268.439	\$ 1.193.523	\$ 1.466.803	\$ 1.544.991	\$ 1.285.509	\$ 2.246.790
56	Costo por actividades de Apoyo Logístico	Apoyo Logístico	\$ 455.811	\$ 310.560	\$ 247.623	\$ 246.641	\$ 128.458	\$ 198.520	\$ 126.696	\$ 162.696	\$ 152.264	\$ 266.798	\$ 175.975	\$ 220.984
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	Apoyo Logístico	\$ 1.824.033	\$ 1.881.561	\$ 1.643.833	\$ 1.666.445	\$ 1.571.988	\$ 1.501.483	\$ 1.657.309	\$ 1.607.420	\$ 1.596.953	\$ 1.666.231	\$ 1.676.275	\$ 1.754.600
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	Apoyo Logístico	\$ 1.081.870	\$ 992.857	\$ 1.166.802	\$ 1.023.395	\$ 1.068.336	\$ 892.901	\$ 798.408	\$ 767.109	\$ 784.658	\$ 911.555	\$ 854.558	\$ 945.883
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	Apoyo Logístico	\$ 1.115.453	\$ 1.247.727	\$ 916.424	\$ 978.295	\$ 856.343	\$ 802.563	\$ 885.355	\$ 856.369	\$ 853.104	\$ 975.351	\$ 880.345	\$ 921.317
	Costo por actividades de Apoyo Logístico	Apoyo Logístico	\$ 66.935	\$ 124.658	\$ 31.957	\$ 76.366	\$ 62.529	\$ 51.526	\$ 61.621	\$ 69.281	\$ 46.445	\$ 73.261	\$ 116.354	\$ 79.175
57	Costo promedio por	Recaudación	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf

Tipo de Indicador: Costos														
Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
58	Tasa de cuentas pendientes de pacientes	Recaudación	2%	2%	2%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	1%		
59	Ejecución Presupuestaria	Administrativo	48%	40%	59%	45%	87%	38%	71%	30%	54%	49%	59%	69%
60	Tasa de pacientes que regularizan su situación financiera	Recaudación	0,24%	0,03%	0,16%	0,13%	0,26%	0,03%	0,09%	0,00%	0,03%	0,09%		



Tipo de Indicador: Resultados													
Indicador	Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C1- Infantil)					0,0%				0,0%			
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C2- Infantil)	50%	75%	100%		25%	100%	45,5%	0,0%	66,7%	33,3%	80%	60%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C3- Infantil)	8,3%	8,1%	10,3%	8,5%	5,6%	6,8%	7,6%	6,7%	7,8%	4,7%	6,6%	14,2%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C4- Infantil)	1,1%	1,4%	1,0%	0,8%	0,7%	0,9%	1,3%	1,0%	0,9%	1,6%	1,6%	1,7%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C5- Infantil)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,3%	0,5%	0,6%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C1- Adulto)		33,3%	50%	50%	50%	50%	20%	100%	50%	50%	50%	33%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C2- Adulto)	61,5%	53,8%	45,5%	51,5%	69%	72%	63,2%	58,1%	66,7%	53,3%	71,9%	59,4%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C3- Adulto)	10,2%	15,2%	13,2%	12,9%	15,5%	15,1%	14%	15,4%	16,7%	17,7%	24,0%	16,7%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C4- Adulto)	1,1%	2,3%	1,3%	1,2%	1,1%	1,0%	1,0%	1,3%	2,5%	5,4%	4,4%	4,2%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C5- Adulto)	1,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	0,5%	0,5%	0,8%	0,7%	0,9%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C1)		33,3%	50%	50%	25%	50%	20%	100%	25%	50%	50%	33%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C2)	55,8%	64,4%	72,7%	51,5%	47%	86%	54,3%	29,0%	66,7%	43,3%	75,9%	59,7%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C3)	9,3%	11,6%	11,8%	10,7%	10,6%	10,9%	11%	11,0%	12,3%	11,2%	15,3%	15,5%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C4)	1,1%	1,8%	1,1%	1,0%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,7%	3,5%	3,0%	3,0%
Tasa de Pacientes hospitalizados	Hospitalizaciones (C5)	0,5%	0,0%	0,6%	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	0,2%	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%



		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	
73	Pacientes de alta	Alta médica (C1-Infantil)				100,0%				100,0%				
	Pacientes de alta	Alta médica (C2-Infantil)	50%	0%	0%		25%	0%	45,5%	50,0%	0,0%	33,3%	20%	40%
	Pacientes de alta	Alta médica (C3 -Infantil)	88,5%	88,7%	86,3%	90,2%	92,8%	91,5%	88,3%	91,0%	89,3%	92,5%	92,1%	83,9%
	Pacientes de alta	Alta médica (C4-Infantil)	98,2%	97,4%	98,5%	98,4%	97,5%	98,3%	98,0%	98,2%	98,1%	97,3%	97,2%	96,9%
	Pacientes de alta	Alta médica (C5-Infantil)	96,2%	89,5%	100,0%	100,0%	100,0%	85,7%	100,0%	100,0%	99,0%	99,4%	99,0%	98,7%
	Pacientes de alta	Alta médica (C1-Adulto)		33,3%	0%	0%	0%	50%	40%		0%	25%	50%	0%
	Pacientes de alta	Alta médica (C2-Adulto)	28,2%	26,9%	45,5%	36,4%	24%	16%	34,2%	32,3%	17,9%	43,3%	21,9%	34,4%
	Pacientes de alta	Alta médica (C3-Adulto)	81,7%	75,4%	81,3%	80,3%	77,5%	76,9%	76%	73,0%	76,3%	78,0%	70,9%	78,0%
	Pacientes de alta	Alta médica (C4-Adulto)	95,1%	93,0%	95,2%	95,7%	96,1%	95,9%	93,6%	90,7%	93,3%	89,2%	92,1%	91,2%
	Pacientes de alta	Alta médica (C5-Adulto)	96,2%	97,1%	97,6%	97,3%	98,5%	93,8%	97,0%	95,3%	96,5%	96,3%	96,9%	96,3%
	Pacientes de alta	Alta médica (C1)	0,0%	33,3%	0%		50%	50%	40%		50%	25%	50%	0%
	Pacientes de alta	Alta médica (C2)	39,1%	13,5%	22,7%	36,4%	25%	8%	39,8%	41,1%	9,0%	38,3%	20,9%	37,2%
	Pacientes de alta	Alta médica (C3)	85,1%	82,1%	83,8%	85,3%	85,2%	84,2%	82%	82,0%	82,8%	85,3%	81,5%	81,0%
	Pacientes de alta	Alta médica (C4)	96,7%	95,2%	96,9%	97,0%	96,8%	97,1%	95,8%	94,5%	95,7%	93,3%	94,7%	94,0%
	Pacientes de alta	Alta médica (C5)	96,2%	93,3%	98,8%	98,6%	99,2%	89,8%	98,5%	97,6%	97,8%	97,8%	98,0%	97,5%
74	Tasa abandono antes de	Atención al paciente	1,7%	1,4%	1,1%	1,0%	2,4%	3,7%	3,1%	1,8%	2,7%	1,7%	1,2%	
	Tasa abandono antes de	Atención al paciente	2,6%	2,5%	1,9%	2%	2,3%	3,0%	2,9%	2,1%	2,0%	1,5%	1,8%	
	Tasa abandono antes de	Atención al paciente	2,2%	1,9%	1,5%	1,3%	2,4%	3,4%	3,0%	2,0%	2,4%	1,6%	1,5%	



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
Atención al paciente (C1- Infantil)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atención al paciente (C2- Infantil)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atención al paciente (C3- Infantil)	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Atención al paciente (C4- Infantil)	0,3%	0,1%	0,9%	0,7%	1,5%	2,2%	1,8%	0,8%	1,2%	0,7%	0,4%	0,0%
Atención al paciente (C5- Infantil)	3,7%	0,0%	5,9%	0,0%	63,2%	93,2%	67,6%	8,7%	2,5%	1,3%	0,9%	1,0%
Atención al paciente (C1- Adulto)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atención al paciente (C2- Adulto)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atención al paciente (C3- Adulto)	1,3%	0,9%	2,3%	0,3%	0,2%	0,7%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Atención al paciente (C4- Adulto)	3,2%	2,5%	2,6%	1,3%	1,2%	1,5%	3,5%	1,8%	1,5%	0,8%	0,7%	2,2%
Atención al paciente (C5- Adulto)	44,4%	42,1%	88,2%	40,0%	10,5%	46,6%	56,8%	8,7%	2,4%	3,7%	3,6%	5,8%
Atención al paciente (C1)	0,0%	0,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Atención al paciente (C2)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atención al paciente (C3)	0,6%	0,4%	1,2%	0,4%	0,1%	0,4%	0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,5%
Atención al paciente (C4)	1,8%	1,3%	1,7%	1,0%	1,3%	1,8%	2,7%	1,3%	1,4%	0,8%	0,6%	1,1%
Atención al paciente (C5)	24,1%	21,1%	47,1%	20,0%	36,8%	69,9%	62,2%	8,7%	2,4%	2,5%	2,2%	3,4%

			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
76	Tasa abandono Total	Atención al paciente (Infantil)	5,7%	1,5%	7,9%	2,3%	67,0%	99,1%	72,7%	11,8%	6,9%	3,7%	2,5%	2,1%
	Tasa abandono Total	Atención al paciente (Adulto)	51,6%	47,9%	95,1%	43%	14,3%	51,9%	63,6%	12,9%	5,9%	6,1%	6,0%	12,7%
	Tasa abandono Total	Atención al paciente	28,6%	24,7%	51,5%	22,7%	40,7%	75,5%	68,1%	12,3%	6,4%	4,9%	4,3%	7,4%



		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
76	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C1-Infantil)					0,0%				0,0%			
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C2-Infantil)	0,0%	25%	0,0%		50%	0,0%	9,1%	50%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C3-Infantil)	3,2%	3,2%	3,3%	1,2%	1,5%	1,7%	4,1%	2,4%	2,9%	2,8%	1,3%	1,9%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C4-Infantil)	0,7%	1,2%	0,5%	0,8%	1,8%	0,8%	0,7%	0,8%	1,1%	1,1%	1,2%	1,4%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C5-Infantil)	3,8%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,5%	0,3%	0,5%	0,7%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C1-Adulto)		33,3%	50%	50%	50%	0%	40%	0%	50%	25%	0%	67%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C2-Adulto)	10,3%	19,2%	9,1%	12,1%	6,9%	12%	2,6%	9,7%	15,4%	3,3%	6,3%	6,3%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C3-Adulto)	8,2%	9,4%	5,4%	6,8%	7,0%	8%	9,8%	11,6%	7%	4,2%	5,1%	5,2%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C4-Adulto)	3,8%	4,6%	3,5%	3,1%	2,8%	3,1%	5,4%	8,0%	4,1%	5,4%	3,5%	4,6%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C5-Adulto)	2,9%	2,9%	1,2%	2,7%	0%	4,6%	3,0%	4,3%	3,0%	2,9%	2,4%	2,8%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C1)		33,3%	50,0%	50,0%	25,0%	0,0%	40,0%	0,0%	25,0%	25,0%	0,0%	66,7%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C2)	5,1%	22,1%	4,5%	12,1%	28,4%	6,0%	5,9%	29,8%	24,4%	18,3%	3,1%	3,1%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C3)	5,7%	6,3%	4,4%	4,0%	4,3%	4,9%	7,0%	7,0%	4,9%	3,5%	3,2%	3,6%
	Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C4)	2,2%	2,9%	2,0%	2,0%	2,3%	1,9%	3,1%	4,4%	2,6%	3,2%	2,4%	3,0%
Tasa de pacientes derivados Derivaciones (C5)	3,4%	6,7%	0,6%	1,4%	0,0%	9,5%	1,5%	2,1%	1,8%	1,6%	1,4%	1,7%	
77	Mortalidad a corto plazo, después de visita a la sala de emergencia	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf
	Eficiencia clínica	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf	S/Inf

