



**PROPUESTA DE SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN
PARA EL CENTRO METROPOLITANO DE ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA**

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

Alumno: Oscar Andrés Venegas Avilés

Profesor Guía: Rodrigo Villalobos

Santiago, diciembre de 2021

Contenido

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Objetivo general del Proyecto.....	2
1.2 Objetivos específicos del Proyecto.....	2
1.3 Propuesta del Proyecto	3
1.4 Metodología para el desarrollo del Proyecto	4
1.5 Alcance y limitaciones del Proyecto.....	6
1.6 Organización del Documento.....	7
CAPÍTULO 2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	9
2.1 Descripción de la Organización	9
2.2 Estructura y funciones presentes.....	12
2.3 Mandante, Requirientes y Pacientes.	15
2.4 Caracterización de la Institución en el Sector Salud.	16
2.4.1 Gestión Telefónica.....	17
2.4.2 Traslado Primario	18
2.4.3 Traslado Secundario.....	20
2.5 Presupuesto.....	21
2.6 Análisis y definición Misión de la UEN.	23
2.7 Análisis y definición Visión de la UEN.....	26
2.8 Definición de Creencias.....	29
CAPÍTULO 3. ANALISIS ESTRATÉGICO	32
3.1 Análisis Externo	33
3.1.1 Análisis Macroentorno	33
3.1.2 Análisis Microentorno.	47
3.1.3 Oportunidades y Amenazas obtenidas del Análisis Externo	54
3.2 Análisis Interno.....	57
3.2.1 Cadena de Valor	58
3.2.2 Análisis de Recursos	69
3.2.3 Análisis de Capacidades.....	81
3.2.4 Fortalezas y Debilidades obtenidas del Análisis Interno	89
3.3 Consolidado del FODA.....	93
3.3.1 Consolidado de Oportunidades.....	93

3.3.2	Consolidado de Amenazas	95
3.3.3	Consolidado de Fortalezas	97
3.3.4	Consolidado de Debilidades	99
3.4	Posicionamiento estratégico de la empresa	101
3.4.1	Análisis Fortalezas – Oportunidades	102
3.4.2	Análisis Fortalezas – Amenazas	103
3.4.3	Análisis Debilidades – Oportunidades	103
3.4.4	Análisis Debilidades – Amenazas	104
3.4.5	Cuadro de Posicionamiento estratégico de la empresa	105
CAPÍTULO 4.	FORMULACIÓN ESTRATÉGICA	107
4.1	Análisis de la curva de Valor y selección de atributos clave	107
4.1.1	Criterios para la Propuesta de Valor	115
4.2	Declaración de la Propuesta de Valor	116
4.3	Descripción de los Atributos de la Propuesta de Valor	117
4.4	Relación entre valores y atributos de la propuesta de valor.	118
4.5	Relación Atributos Propuesta de Valor y Análisis FODA.	119
4.6	Descripción de la estrategia de la empresa.	123
4.7	Modelo de negocio y Lienzo	126
4.8	Descripción y análisis de modelo de negocio	127
4.8.1	Segmento de Mercado	127
4.8.2	Relación con Usuarios	128
4.8.3	Canales	129
4.8.4	Propuesta de Valor	130
4.8.5	Actividades Claves	130
4.8.6	Recursos Claves	131
4.8.7	Asociaciones Claves	131
4.8.8	Fuente de Ingresos	132
4.8.9	Estructura de Costos	133
4.9	Relación Elementos Modelo de Negocio y Atributos Propuesta de Valor	135
4.9.1	Recursos Claves	135
4.9.2	Actividades Claves	136
4.9.3	Asociaciones claves	136

4.9.4	Relaciones con Clientes	136
4.9.5	Canales	137
4.9.6	Segmento de Mercado	138
4.9.7	Ingresos	138
4.9.8	Costos	138
4.10	Captura de Valor del Modelo de Negocio	140
4.10.1	Captura por parte de los Costos y los Ingresos	140
4.10.2	Captura por parte de los Recursos	143
4.10.3	Captura por parte de las actividades de la Cadena de Valor.	145
4.10.4	Captura por parte de los Usuarios.	145
4.11	Focos relevantes de la estrategia para el SCG.	146
4.12	Focos relevantes de la organización para el SCG.	147
CAPÍTULO 5. SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN, MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO Y ESTRATEGIA		
150		
5.1	Mapa Estratégico para instituciones públicas.....	150
5.2	Propuesta de Mapa estratégico del SAMU Metropolitano.....	152
5.2.1	Perspectiva del Usuario	154
5.2.2	Perspectiva de procesos internos	155
5.2.3	Perspectiva de aprendizaje y crecimiento.....	157
5.2.4	Perspectiva Financiera.....	158
5.2.5	Temas Estratégicos.....	159
5.2.6	Diccionario de objetivos del mapa estratégico	164
5.3	Cuadro de Mando Integral para el SAMU Metropolitano.....	168
5.4	Descripción de las iniciativas estratégicas	172
5.5	Diseño del sistema de Medición de Desempeño	178
5.6	Proceso en cascada	179
5.6.1	Tableros de gestión y control UEN	181
5.6.2	Tableros de gestión y control Unidad de Regulación.....	184
5.6.3	Tableros de gestión y control Unidad de Intervención	187
CAPÍTULO 6. ESQUEMA DE INCENTIVOS		192
6.1	Situación actual de los Esquemas de Incentivos	192
6.1.1	Sueldos	193

6.1.2	Beneficios	194
6.1.3	Metas de Desempeño colectivo	194
6.1.4	Metas de productividad	197
6.1.5	Trienios	198
6.2	Evaluación del Sistema de Incentivos Actual	199
6.3	Propuesta de Esquema de incentivos de Corto Plazo.....	202
6.3.1	Perfiles de Cargos de Jefaturas	203
6.3.2	Desarrollo de criterios Institucionales.....	204
6.3.3	Políticas de Retroalimentación.....	205
6.3.4	Esquema de incentivos para Jefaturas de Gestión Clínica	208
6.4	Propuesta de Esquema de incentivos de Largo Plazo	211
6.4.1	Esquema de Metas de Desempeño Colectivo	212
6.4.2	Esquema de Metas de Productividad.....	213
CAPÍTULO 7. ANÁLISIS DE DESEMPEÑO		215
7.1.	Modelo de análisis del desempeño.....	216
7.1.1	Análisis de Jerarquía del KPI (intra)	217
7.1.2	Relación con procesos	218
7.1.3	Indicadores de proyectos	219
7.2.	Reporte de desempeño.....	221
7.3.	Proceso de análisis y revisión del desempeño	225
7.4.	Justificación modelo y proceso de análisis del desempeño.....	225
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES		227
8.1.	Contribuciones del proyecto	229
8.2.	Limitaciones del proyecto	232
BIBLIOGRAFÍA.....		235
ANEXOS		240
ANEXO N°1: Organigrama Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria		240
ANEXO N°2: FODA Cuantitativo.		241
ANEXO N°3: Cantidad de atenciones por género, ordenados por comuna en julio de 2019		242
ANEXO N°4: Traslados y atenciones domiciliarias por comuna en julio de 2019		243

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de gestión de Kaplan y Norton	5
Figura 2: Mapa de distribución de bases SAMU Metropolitano de acuerdo con el Servicio de Salud en la región, 2018.....	10
Figura 3: Extracto del Organigrama SAMU Metropolitano.....	14
Figura 4: Esquema de Cadena de Mando de Gestión Clínica.....	17
Figura 5: Gráfico de llamadas mensuales por hora al SAMU Metropolitano año 2019	18
Figura 6: Diagrama de Gestión de las solicitudes de Traslado Primario y gestión telefónica.....	19
Figura 7: Diagrama de Gestión de las solicitudes de Traslado Secundario.....	20
Figura 8: Curva de visas entregadas por el Ministerio del Interior periodo 2005 - 2018	40
Figura 9: Cadena de Valor del SAMU Metropolitano.....	58
Figura 10: Esquema de Gestión Telefónica, relacionada con las actividades de apoyo.	60
Figura 11: Esquema de Traslado Primario y Secundario y actividades de apoyo	62
Figura 12: Mapa de Calor de llamadas entrantes abril a julio de 2020.....	81
Figura 13: Gráfico de las 6 comunas con mayores atenciones comparado con las 6 comunas con menores atenciones en julio 2019	86
Figura 14: Cuadro de posicionamiento estratégico SAMU Metropolitano.....	106
Figura 15: Curva de Valor SAMU Metropolitano	111
Figura 16: Esquema de las cuatro acciones	111
Figura 17: Propuesta de Mapa Estratégico para SAMU Metropolitano	158
Figura 18: Eje Estratégico Atención profesional y experta	160
Figura 19: Eje Estratégico Respuesta oportuna a la solicitud	162
Figura 20: Eje Estratégico Cobertura en toda la Región.....	163
Figura 21: Cadena de Mando Gestión Clínica	179
Figura 22: Reducción de Organigrama para UEN y tableros de gestión	181
Figura 23: Tablero de Gestión de la Unidad de Regulación	184
Figura 24: Tablero de gestión de la Unidad de Intervención	188
Figura 25: Indicadores de Metas de desempeño Colectivo Ley 18.834.....	196
Figura 26: Indicadores de Metas de productividad Ley 15.076.	197
Figura 27: Línea de cargos para la UEN.....	199
Figura 28: Esquema de cargos de Gestión Clínica.....	206
Figura 29: Modelo MAD para SAMU Metropolitano	215
Figura 30: Análisis de Jerarquía del KPI.....	217
Figura 31: Análisis de Relación de procesos.....	218
Figura 32: Resumen en análisis de relación de procesos de figura 11.....	219
Figura 33: Análisis de Indicadores de Proyectos	220
Figura 34: Diseño Reporte de Modelo de análisis de Desempeño Primer Semestre	222
Figura 35: Diseño Reporte de Modelo de análisis de Desempeño Segundo Semestre	223
Figura 36: DrillDown de Conformación de equipos de Intervención.....	223
Figura 37: Modelo de grafico Índice de Confianza.....	224
Figura 38: Modelo de grafico Porcentaje de conformación de equipos M1, M2 y M3	224

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Detalle de bases del SAMU Metropolitano	13
Tabla 2: Cantidad de habitantes Región Metropolitana por comuna, Censo 2017	16
Tabla 3: Gestión Primaria y Secundaria del SAMU Metropolitano Año 2019, por tipos de ambulancias	21
Tabla 4: Composición de Ingresos del SAMU Metropolitano de acuerdo con Ley de Presupuesto.22	
Tabla 5: Análisis Misión	24
Tabla 6: Análisis de Misión Sugerida	25
Tabla 7: Análisis Visión	27
Tabla 8: Análisis Visión Sugerida	28
Tabla 9: Resumen puntos Políticos	35
Tabla 10: Tabla de aporte Fiscal años 2019, 2020 y 2021 con referencia del Ministerio de Salud .	37
Tabla 11: Resumen puntos Económicos	37
Tabla 12: 10 primeros países por entrega de visas, Ministerio del Interior de Chile entre 2005 y 2018.....	39
Tabla 13: Cantidad de visas entregadas por el Ministerio del Interior de Chile periodo 2008 - 2018	40
Tabla 14: Resumen puntos Sociales	41
Tabla 15: Resumen puntos Tecnológicos	43
Tabla 16: Niveles de Impacto y capacidad de Respuesta Onemi 2017	44
Tabla 17: Resumen puntos Ambientales.....	45
Tabla 18: Resumen puntos Legales	47
Tabla 19: Resumen Rivalidad entre Empresas actuales.....	50
Tabla 20: Resumen Poder de negociación de los proveedores	51
Tabla 21: Resumen Poder de negociación de los clientes	52
Tabla 22: Resumen Amenaza de nuevos participantes	53
Tabla 23: Resumen Amenaza de productos o servicios sustitutos	54
Tabla 24: Impulsores del Cambio para Generar Oportunidades	55
Tabla 25: Factores de Amenazas para Generar Amenazas	56
Tabla 26: Resumen puntos Gestión telefónica	60
Tabla 27: Resumen puntos Traslados Primarios e Intervenciones	63
Tabla 28: Resumen de Traslados Secundarios	64
Tabla 29: Resumen puntos Gestión de Flota	64
Tabla 30: Resumen puntos Monitoreo Red de Urgencia	65
Tabla 31: Resumen puntos Control Operativo diario.....	65
Tabla 32: Resumen puntos Apoyo Jurídico	66
Tabla 33: Resumen puntos Control de Gestión	66
Tabla 34: Resumen puntos Capacitación y formación	66
Tabla 35: Resumen puntos Abastecimiento y compras	67
Tabla 36: Resumen puntos Comunicaciones	68
Tabla 37: Resumen puntos RRHH.....	69

Tabla 38: Resumen puntos Calidad	69
Tabla 39: Resumen puntos Recursos Físicos	72
Tabla 40: Resumen puntos Recursos Financieros	73
Tabla 41: Resumen puntos Recursos Activos Tecnológicos	75
Tabla 42: Resumen puntos Recursos Humanos	77
Tabla 43: Resumen puntos Imagen y Reputación	78
Tabla 44: Resumen puntos Relaciones de Confianza	79
Tabla 45: Resumen puntos Cultura y Sistemas de Incentivos	80
Tabla 46: Capacidad de Gestión Telefónica.	82
Tabla 47: Capacidad de Orientación Telefónica	82
Tabla 48: Capacidad por hora de Gestión telefónicas y Orientaciones Telefónicas.	83
Tabla 49: Resumen puntos Capacidad de Gestión Telefónica	84
Tabla 50: Distribución de bases y ambulancias Básicas.	85
Tabla 51: Distribución de bases y ambulancias Avanzadas	86
Tabla 52: Resumen puntos Capacidad de Cobertura en la Región Metropolitana	87
Tabla 53: Capacidad de Traslados primarios y secundarios	88
Tabla 54: Capacidad de Traslados Primarios Avanzados y Secundarios.	88
Tabla 55: Capacidades máximas por categorías en 24 horas	88
Tabla 56: Resumen puntos Capacidad de Traslados	89
Tabla 57: Capacidades que Generan Fortalezas	90
Tabla 58: Deficiencias que Generan Debilidad	91
Tabla 59: Oportunidades SAMU Metropolitano.	95
Tabla 60: Amenazas SAMU Metropolitano	97
Tabla 61: Fortalezas SAMU Metropolitano	99
Tabla 62: Debilidades SAMU Metropolitano	101
Tabla 63: Relación entre la Cadena de Valor y la Curva de Valor SAMU Metropolitano	107
Tabla 64: Curva de Valor y sus variables, con puntaje del SAMU y puntaje esperado	110
Tabla 65: Características para la Estrategia para el SAMU Metropolitano	116
Tabla 66: Características de la Curva de Valor a Atributos de la Propuesta de Valor	117
Tabla 67: Relación Atributo Curva de Valor y Creencias de la Institución	119
Tabla 68: Modelo de Negocios SAMU Metropolitano	126
Tabla 69: Extracto de Cantidad de Atenciones por género, en Julio de 2019.	127
Tabla 70: Extracto de Traslados y Atenciones domiciliarias en Julio de 2019.	130
Tabla 71: Presupuesto SAMU Metropolitano 2019	132
Tabla 72: Desglose Transferencias Corrientes	132
Tabla 73: Desglose Otros Ingresos	133
Tabla 74: Total de Costos SAMU Metropolitano 2019	135
Tabla 75: Aporte de la relación de los elementos del modelo de negocio con atributos de la propuesta de valor.	139
Tabla 76: Diccionario de Aprendizaje y Crecimiento.	164
Tabla 77: Diccionario de objetivos de Procesos Internos.	166
Tabla 78: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Usuario	169

Tabla 79: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Procesos Internos	170
Tabla 80: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Aprendizaje y Crecimiento.....	171
Tabla 81: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Financiera	172
Tabla 82: Resumen de Mapa Estratégico, Estrategia y Propuesta de Valor	180
Tabla 83: Desarrollo de los Tableros de Gestión.....	182
Tabla 84: Tablero de control para la Unidad de Regulación	185
Tabla 85: Diccionario de Relaciones Tablero de gestión Unidad de Regulación.....	186
Tabla 86: Tablero de Control para la unidad de Intervención	189
Tabla 87: Diccionario de Relaciones Tablero de gestión Unidad de Intervención.....	190
Tabla 88: Cargos y Objetivos de Cargo.....	203
Tabla 89: Competencias para el Cargo.....	203
Tabla 90: Esquema de Incentivos para el Jefe de Gestión Clínica.....	209
Tabla 91: Esquema de Incentivos para el Jefe de Unidad de Regulación	210
Tabla 92: Esquema de Incentivos para el Jefe de Unidad de Intervención.....	211
Tabla 93: Propuesta de Indicadores para Metas de Desempeño Colectivo	213
Tabla 94: Propuesta de indicadores para Metas de Productividad	213
Tabla 95: Indicador CMI para desarrollo MAD.....	216

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La Salud es un eje central en el desarrollo humano. Su relevancia está asociada a la garantía del derecho de todas las personas a recibir atención de salud. Actualmente existe consenso mundial que el concepto de salud debe ampliar sus fronteras y evolucionar desde un enfoque biomédico hospitalario, a uno que considere determinantes sociales en salud y un esquema de respuesta prehospitalario y extrahospitalario, Alcántara (2008)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS (2020), se debe garantizar a la sociedad un acceso y cobertura universal, de servicios sanitarios, donde el pago de esos servicios no sean una carga para ellos.

De igual manera, la OMS (2020) hace hincapié en la necesidad de generar sistemas que se financien y contengan tecnología y capacidad de los trabajadores, es aquí donde los tradicionales conceptos de atención en centros abiertos o cerrados no son por sí solos capaces de generar la cobertura antes mencionada y se hace imprescindible una mirada prehospitalaria inserta en las políticas de salud.

La Organización de Naciones Unidas, ONU (2013), reconoce que se debe promover la prevención de enfermedades no transmisibles y que las coberturas sanitarias de los sistemas asistenciales de cada país, se hagan cargo del bienestar social y el sistema financiero que sostenga esas garantías, siendo fundamental entender que aunque un sistema público no se rige bajo los modelos de rentabilidad, el uso de los recursos y el efectos que estos tienen en el bienestar de la comunidad, obligan a abrir la mirada a respuestas sanitarias distintas de la hospitalaria y abrirse a la inversión en medidas prehospitalarias.

Esta relevancia y complejidad del concepto salud, tiene correlato desde el punto de vista de la gestión y calidad de su provisión, es así como Anthony y Govindarajan (2008) postulan que la calidad en los servicios de Salud es importante, debido a que se trabaja con la vida de las personas, en donde no se debe olvidar que, en cada procedimiento asistencial, existen personas atendiendo la vida de otras personas. Paralelamente se evidencia una escisión entre el rol curativo de las instituciones de salud y la estructura burocrática que las sustenta.

Actualmente, el desafío Institucional es seguir creciendo en el ámbito prehospitalario, pero con una mirada completa de lo que significa administrar los propios recursos y ser responsables de cada paso y acción a realizar, Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria (2019b).

Respetando la naturaleza clínica y a la vez extrahospitalaria de la Institución, una propuesta del Sistema de Control de Gestión debe apoyar el posicionamiento del SAMU Metropolitano dentro de la Red Asistencial, generando visibilidad y articulación con los otros centros asistenciales públicos, privados y otros actores de las urgencias, como fin último de la buena Gestión en Salud.

1.1 Objetivo general del Proyecto

Desarrollar un sistema de control de gestión para el Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria, SAMU Metropolitano, que permita guiar a la Institución en la definición clara y precisa de objetivos estratégicos para cada una de sus unidades.

1.2 Objetivos específicos del Proyecto

Los objetivos específicos del Proyecto son los siguientes:

1. Establecer definiciones estratégicas para el SAMU Metropolitano.
2. Elaborar y proponer una nueva Visión, Misión, Propuesta de valor y estrategia para la institución, las que permitirán modelar la cultura informal existente.
3. Diseñar un Mapa Estratégico para la institución, que genere las prioridades de los procesos, basado en los análisis desarrollados en el Proyecto.
4. Diseñar un Cuadro de Mando Integral para la institución que aporte en introducir la cultura de la medición en cada unidad existente.
5. Diseñar los tableros de Control y Gestión para las dos unidades de la UEN Gestión Clínica (Regulación e Intervención).

6. Diseñar un sistema de incentivos coherente y alineado con el proceso actual de la institución que permita apalancar al SCG, sistema de control de gestión.
7. Esquematizar un Modelo de análisis de Desempeño, basado en el desarrollo del SCG y apoyar el análisis de la gestión y sus comportamientos.

1.3 Propuesta del Proyecto

El objetivo principal de las organizaciones de la salud es satisfacer unas de las demandas más complejas y a la vez más llena de oportunidades que existe, que es el proveer de servicios sanitarios a la población para mejorar su bienestar, en cada una de sus formas y sentidos.

La Salud Pública, está llamada a entregar la respuesta necesaria para cada integrante de la población que la requiera Hoy, la sociedad ha redefinido los límites que separan el bienestar social, las enfermedades y sus efectos en la comunidad y la intervención sanitaria con las personas, para enfocarse en el objetivo central que es proporcionar niveles de salud en todo el quehacer humano, Alcántara (2008). Este escenario, hace necesario contar con indicadores que permitan reflejar las particularidades de las unidades que brindan atención en Salud Pública.

Es en este espíritu que se identifica la necesidad de la elaboración de una Planificación Estratégica y el desarrollo de un Sistema de Control de Gestión para una Institución del ámbito Prehospitalario de emergencias como lo es el SAMU Metropolitano, todo esto con la finalidad de ser un real aporte a la respuesta sanitaria del Estado de Chile, permitiendo comunicar a las instituciones y organismos que jerárquicamente están por sobre la Institución, respecto a su importante labor y su potencial como organismo para la mejora de la Red Asistencial existente.

El presente Proyecto busca promover el análisis de esta institución prehospitalaria, en particular su rol en la Red Asistencial, generando valor a sus actividades diarias y desarrollando análisis crítico a su gestión, para poder entregar servicios con altos estándares sanitarios.

El Proyecto que se encuentra en las próximas páginas, presenta un análisis crítico de la situación actual de la institución, acompañado del desarrollo de una planificación estratégica, que utiliza un conjunto de herramientas que describe detalladamente al SAMU Metropolitano mostrando sus diferentes realidades, y a la vez muestra y define aspectos que no están señalados o escritos anteriormente, para diseñar posteriormente un Sistema de Control de Gestión adecuado para los objetivos establecidos.

1.4 Metodología para el desarrollo del Proyecto

Este Proyecto seguirá los lineamientos centrales del desarrollo de un sistema de control de gestión, de acuerdo con el modelo de Kaplan y Norton (1996; 2004; 2008), ajustado al contexto de una institución de salud.

Además de la metodología central, el proyecto de retroalimenta y agrega las miradas de “Calidad”, Mateo (2019), “Personas y Posicionamiento”, Kotler y Keller (2012) y las “Cinco Fuerzas” descritas por Porter (1982), para el análisis estratégico, esto es, poder de negociación de los clientes, poder de negociación de los proveedores, amenaza de nuevos competidores, amenaza de productos sustitutos y rivalidad entre competidores.

El desarrollo del Proyecto, según el modelo para el desarrollo del sistema de control de gestión de Kaplan y Norton (2008), se esquematiza en figura 1. Es importante aclarar que, de las seis etapas esquematizadas, existen puntos que no son aplicables o que no se desarrollarán en este Proyecto, como se detalla:

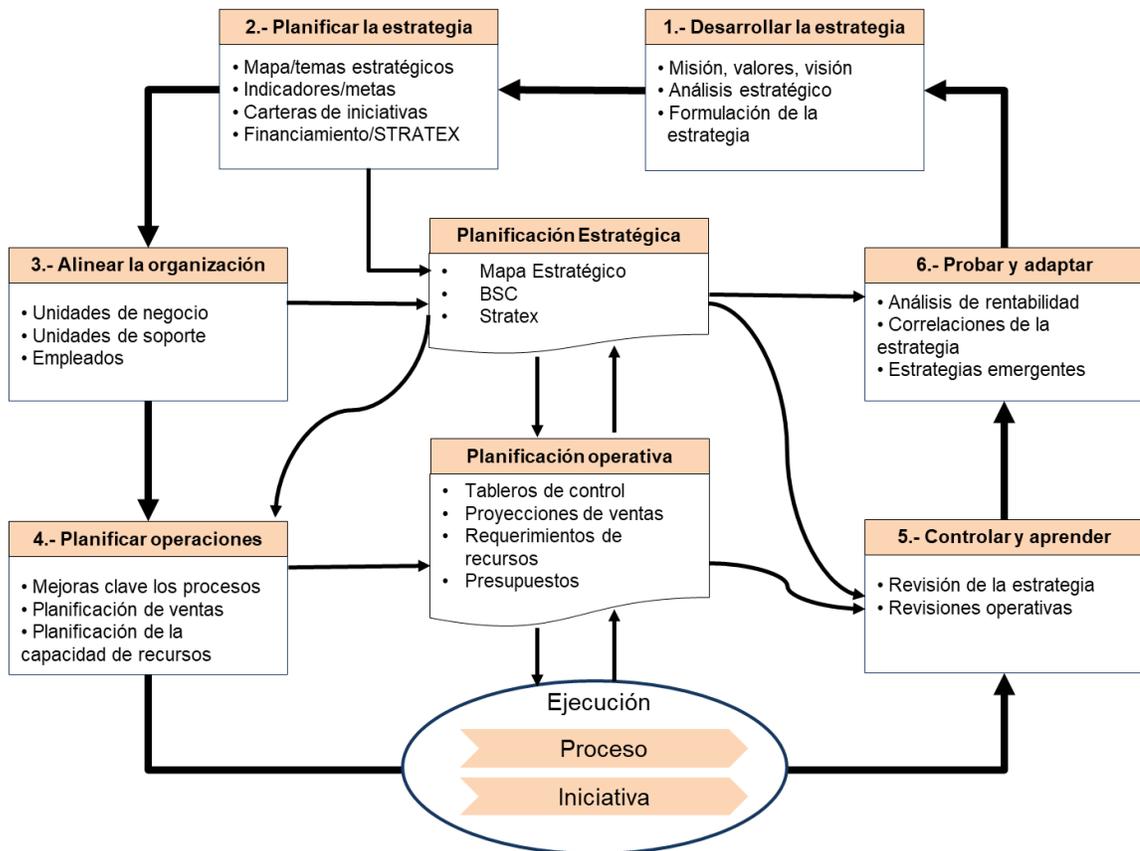
Las Etapas para desarrollar en el Proyecto son 1) Desarrollar la Estrategia, 2) Planificar la Estrategia y 3) Alinear la Organización, desarrollando los puntos aplicables a la institución.

- Etapa 1. Desarrollar la Estrategia, se realizará en su totalidad, analizando la Misión, Visión y Valores de la institución, junto la aplicación de herramientas como Análisis PESTEL, Cinco fuerzas de Porter (1982), Análisis de recursos y capacidades, Análisis FODA, Curva de Valor y Modelo de Negocio, cerrando la etapa con la Formulación de la Estrategia Institucional.
- Etapa 2. Planificar la Estrategia, se realizarán el Mapa Estratégico, Indicadores y Metas y la cartera de iniciativas. No se desarrollará un

STRATEX, debido a que el SAMU funciona en base a presupuestos que dependen de leyes de aprobación y su desarrollo no es el objetivo de este Proyecto, debido a su complejidad de diseño.

- Etapa 3. Alinear la Organización, se realizará el ejercicio de generar los Tableros de Gestión, Control y Esquema de Incentivos respectivos al Proyecto desarrollada.
- Etapa 5. Controlar y Aprender, se realizan esquemas para apoyar el análisis del desempeño institucional. Por limitaciones de este proyecto, no se trabaja esta etapa en su totalidad, solo el diseño de un Modelo de Análisis de Desempeño en nivel de propuesta.

Figura 1: Sistema de gestión de Kaplan y Norton



Fuente: *The execution premium*, Kaplan y Norton (2008)

Las Etapas que no serán desarrolladas en el Proyecto de acuerdo con el objetivo teórico que la fundamentan, no permiten que se apliquen las etapas metodológicas: 4) Planificar Operaciones y 6) Probar y Adaptar.

- Etapa 4. Planificar Operaciones, por la naturaleza propia del servicio prehospitalario, no puede ser aplicable una planificación de ventas, porque realizar esa acción va en contra de los principios fundamentales del servicio prehospitalario público a nivel mundial.
- Etapa 6. Probar y Adaptar, por la naturaleza teórica de este Proyecto, este punto no será desarrollado, debido a que exige la obtención de datos reales.

1.5 Alcance y limitaciones del Proyecto

El desarrollo de este Proyecto tiene algunos alcances y limitaciones que se indican a continuación, de acuerdo con el estado actual de la Institución y el compromiso como becado de CONICYT, los que se expresan a continuación:

- El Proyecto tiene en primera instancia un alcance teórico, fundamentado en dos pilares:
 - a) Generar un proyecto de Control de Gestión que pueda orientar a la Institución en su desarrollo, aportando con la entrega de este Proyecto.
 - b) Generar conocimiento en el Proyecto para el área Prehospitalaria, que permita dar una mirada administrativa a esta gestión tan desconocida del área de la Salud.
- El Proyecto analizará el SAMU en su totalidad, como Unidad de Negocio Estratégico, debido al servicio que presta para la sociedad, siendo la llamada telefónica, a través del Centro Regulador, en la U. de Regulación, la puerta de entrada de los requerimientos de salud de la población de la región, debido a que esta unidad es la que gestiona y motiva a mover a la unidad que más consume recursos, la Intervención, siendo la que tiene contacto físico con los ciudadanos.
- El Proyecto no cuenta con limitaciones legales con respecto a la información que ella contiene, debido a que es de acceso público por todas las personas,

al poder ser solicitada por Ley de Transparencia, a las diferentes instituciones públicas.

- El Proyecto tiene limitaciones de tipo económicas, debido a que aspectos como los Esquemas de Incentivos propuestos, hacen una homologación con las Metas Sanitarias, para aprovechar los fondos actuales, alineados con los Objetivos desarrollados en el Sistema de Control de Gestión, siendo difícil crear un esquema de incentivos con fondos nuevos.

1.6 Organización del Documento

El desarrollo del Proyecto se presenta a lo largo de los próximos capítulos de acuerdo con la siguiente estructura:

En el capítulo 2 “**CONTEXTO INSTITUCIONAL**”, se sistematiza la información recopilada desde fuentes internas y externas que dan cuenta de la descripción del SAMU Metropolitano, con el desarrollo de resúmenes del organigrama, que permiten identificar y definir a la Unidad Estratégica de Negocio, la Cadena de Mando existente y los servicios que la Institución entrega a la población.

En el capítulo 3 “**ANÁLISIS ESTRATÉGICO**”, se analiza la misión, visión y creencias de la institución, creando propuestas adecuadas para cada una, tomando como referencia a otras instituciones. Se realizan un análisis externo con el análisis PESTEL y las cinco fuerzas de Porter (1982), específicamente para entregar mayor claridad sobre este servicio complejo de entender. En el análisis interno se genera la Cadena de Valor, pensada en la UEN, generando un trabajo de acuerdo con los recursos y capacidades, planteando óptimos, para llegar a la consolidación de las fortalezas y debilidades encontradas en todo el capítulo, en donde se consolidan los diferentes análisis para crear el FODA del SAMU.

En el capítulo 4 “**FORMULACIÓN ESTRATÉGICA**” aplica la Curva de Valor de Chan Kim y Mauborgne (2005), para desarrollar la Propuesta de Valor, sus atributos y las relaciones con los valores y el análisis FODA. Se desarrolla la metodología Canvas de Osterwalder y Pigneur (2010), para definir claramente el modelo de negocio del SAMU Metropolitano, interconectando con la propuesta de valor y sus atributos para definir la Estrategia de la institución y los focos más relevantes del Sistema de Control de Gestión a diseñar.

En el capítulo 5 “**SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN, MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO Y ESTRATEGIA**” se desarrolla con los lineamientos de Kaplan y Norton (2004, 2008), se complementa con los aportes de Niven (2003), para el análisis estratégico en instituciones gubernamentales. Se desarrolla los diferentes indicadores para el Cuadro de Mando Integral, de acuerdo con el Mapa Estratégico, Kaplan y Norton (1996, 2008), junto con el Despliegue y Monitoreo de Cascada pensado para las dos unidades del departamento de Gestión Clínica, la Unidad de Regulación y la Unidad de Intervención, que conforman la UEN.

En el capítulo 6 “**ESQUEMA DE INCENTIVOS**” busca insertar el Sistema de Control de Gestión, en los elementos de incentivos existentes por ley y a la vez busca realizar otras iniciativas que fomentan el reconocimiento al funcionario, impulsado por la adopción del SCG.

En el capítulo 7 “**ANÁLISIS DE DESEMPEÑO**” en donde, utilizando un indicador del CMI, se realiza un esquema de análisis de su rendimiento y cómo múltiples factores pueden explicar el buen o mal resultado en la gestión,

En el capítulo 8 “**CONCLUSIONES**” cierra el Proyecto realizado, con una mirada crítica y constructiva sobre el impacto positivo que el Sistema de Control de Gestión puede generar en la institución.

Para el análisis en cada sección se recurrió a grupo de expertos conformado por directivos, funcionarios de atención directa y profesionales de apoyo. La participación en el grupo de expertos fue voluntaria.

CAPÍTULO 2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

En el siguiente capítulo se presenta al SAMU Metropolitano desde sus inicios como SUA, servicio de urgencia de ambulancias, pasando por su época de dependencia del Hospital de Urgencias Asistencia Pública, HUAP, y su actualidad como el Centro Metropolitano de Atención Prehospitalario de Alta Complejidad, introduciéndose como el primero de su tipo en la Red Asistencial nacional. La unidad estratégica de negocios, UEN, se encuentra en el Departamento de Gestión Clínica, compuesto por sus dos unidades: Regulación (Centro Regulador) e Intervención (Bases y ambulancias), definidas en este Proyecto.

Es importante reconocer en el Proyecto, la complejidad de la industria del área de la Salud, en la cual autores destacados en el Control de Gestión, Anthony y Govindarajan (2008, p 626), reconocen que “Los médicos hicieron el juramento hipocrático de proporcionar atención adecuada a sus pacientes, pero el sistema no lo hace. Por una parte, el costo de los tratamientos aumenta de manera inevitable con el desarrollo de nuevos equipos y medicamentos”.

2.1 Descripción de la Organización

El SAMU Metropolitano, es heredero de diferentes iniciativas asistenciales en la Región Metropolitana, siendo la más importante y su fundadora, el SUA, creada en 1976, que centralizó en la Asistencia Pública la tuición de la mayor parte de las ambulancias de urgencia para dar cobertura al gran Santiago.

El debut del Ministerio de Salud en el manejo integral de los pacientes en situación de urgencia prehospitalaria comienza en la década de los 90. Esto impulsó a las autoridades gubernamentales de la época a crear una entidad estatal para mitigar los efectos del trauma en Chile, donde surge el Sistema de Atención Prehospitalaria de Emergencias. En Santiago la iniciativa fue acogida por el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), anidándola en el HUAP. Fueron médicos becados del Programa de formación de Anestesiólogos, quienes asumieron la medicalización de una ambulancia avanzada, con lo que se dieron los primeros pasos de lo que más tarde sería el SAMU Metropolitano.

Es en esa etapa que, se centralizaron también las demandas de atención por vía telefónica en un número único de salud prehospitalaria, el 131, siguiendo la tendencia mundial. Las iniciativas del HUAP y el Rescate del Área Norte se integraron al proyecto de sistema prehospitalario impulsado por el Ministerio de Salud en el año 2003 y de esta forma nació el SAMU Metropolitano.

Solo en el año 2005 se reconoce formalmente al SAMU, incorporando el modelo SMUR (del francés Servicio Móvil de Urgencia y Reanimación), el que se deriva de la fusión de dos modelos de atención prehospitalaria, el Modelo Americano que prioriza la rapidez del servicio, “la hora de oro”, es decir, quitar a la víctima del sitio lo antes posible, y el Modelo Francoalemán, cuyo objetivo es estabilizar a las víctimas y luego llevarlas al Servicio de Emergencias, Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria (2019a).

Figura 2: Mapa de distribución de bases SAMU Metropolitano de acuerdo con el Servicio de Salud en la región, 2018



Fuente: Elaboración propia

En este contexto, el modelo chileno de la época postuló los siguientes principios:

- La implementación del proyecto es una responsabilidad del Estado.
- Los cuidados médicos deben ser otorgados por personal de salud.
- La respuesta del sistema debe incluir: capacidad de otorgar reanimación avanzada, estabilización anatómica y fisiológica y transporte al centro más adecuado.
- Los equipos de intervención deben ser regulados médicamente.
- Los sistemas prehospitalarios deben estar integrados a la Red de Urgencia.
- Debe existir una coordinación con las otras instituciones que participan en las emergencias.

Desde el 1 de enero de 2017, el SAMU Metropolitano es oficialmente el Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria de alta complejidad, lo que implica que la institución tiene un rol fundamental en la sociedad, como puerta de entrada a los servicios asistenciales de la red pública de urgencia, con sus ambulancias y equipos, entregan respuesta a toda la Región Metropolitana con asistencia extra hospitalaria, ante una llamada telefónica regulada, de despacha un equipo de intervención, se toma la decisión del traslado a un Centro asistencial, dependiendo la complejidad en la que se encuentra el paciente.

La Subdirección Médica, es la que acoge al departamento de Gestión Clínica, el que se compone de la Unidad de Regulación, cerebro de la institución, símil a un centro de atención telefónica, pero con una finalidad asistencial; y la Unidad de Intervención, constituyen las extremidades de la institución, en la cual se encuentran 26 bases con un total de 41 equipos humanos experimentados en la urgencia y la emergencia en terreno con sus respectivas ambulancias.

La Unidad de Regulación, se compone de un Centro Regulador con 10 operadores telefónicos, una mesa de regulación básica, con dos supervisores y un despachador, una mesa de regulación avanzada, con dos médicos reguladores y el Centro de Alerta Temprana (CAT), con un profesional que monitorea el estado de la Red Asistencial de la Región Metropolitana.

Todas las llamadas realizadas al 131 ingresan al Centro Regulador, siendo atendidas por un operador, quien las cataloga de acuerdo al grado de urgencia o emergencia (pudiendo ser de carácter crítico o no crítico), realizando el primer *Triage*, sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas, filtrando la llamada a una de

las dos regulaciones: Básica, realizada por un profesional clínico no médico, o Avanzada, realizada por un médico, siendo éstos quienes deciden el despacho una de las tres categorías de ambulancias del equipo de Intervención:

- M1, categoría básica, formada por una ambulancia, un conductor clase A2 y un técnico paramédico.
- M2, categoría avanzada, formada por una ambulancia, un conductor clase A2 y dos reanimadores. También existe el formato híbrido, el cual es formado por una ambulancia, un conductor clase A2, un reanimador y un técnico paramédico.
- M3, categoría avanzada medicalizada, formada por una ambulancia, un conductor clase A2, un técnico paramédico y un médico, MINSAL (2005).

El Equipo de Intervención es el encargado de dirigirse al lugar de la urgencia y evaluar en terreno el estado del paciente para la toma de decisiones, para posteriormente cerrar el servicio en una atención en el lugar donde ocurre la urgencia o en un traslado a un centro asistencial, llamado traslado Primario.

La necesidad de la Red Asistencial, del apoyo para el movimiento de pacientes entre distintos centros asistenciales, son los que justifican el tercer servicio del SAMU Metropolitano, llamado Traslados Secundarios, que corresponden al movimiento de pacientes previa coordinación médica, punto a punto. Estas solicitudes entran por un número especial, a la mesa de regulación avanzada.

Aproximadamente, el 55% de las llamadas terminan en Gestión Telefónica interna, obedecen a que son de menor complejidad, por tanto, se entrega información, orientación de acuerdo con la urgencia o se realiza gestión con otras ambulancias de menor complejidad, que puedan asistir al requirente.

2.2 Estructura y funciones presentes

El SAMU Metropolitano, como institución pública, se encuentra liderada por un director y una dotación de 447 funcionarios por nómina para 2018¹, los que se encuentran repartidos en todos los estamentos: Auxiliares, Administrativos, Técnicos, Profesionales y Médicos.

¹ SAMU Metropolitano (2018). Nómina oficial Departamento de gestión de las personas.

Bajo la Dirección de la Institución, se encuentran tres Subdirecciones: Médica, Administrativa y Operaciones. Adicionalmente, se encuentran los departamentos de Jurídica, Planificación y Gestión, además las unidades de Comunicaciones, Auditoría, Comité de Ética y la OIRS, oficina de información, reclamos y sugerencias. Toda esta información se encuentra en el Anexo N°1 y resumido en la figura N°3.

El Edificio Institucional, se encuentra ubicado en la dirección Nueva Buerras N° 176, comuna de Santiago, con cuatro pisos, donde se concentran la Dirección, las Subdirecciones, junto a los departamentos y unidades de apoyo.

Tabla 1: Detalle de bases del SAMU Metropolitano

N.º BASE	BASE	N.º PERSONAL	Nº AMBULANCIAS	COMUNA	CATEGORÍA
11	HUAP	6	3	SANTIAGO	BASICA
12	CHUCHUNCO	2	1	ESTACIÓN CENTRAL	BASICA
13	CRS MAIPU	4	2	MAIPÚ	BASICA
23	SAN JOSE	4	2	INDEPENDENCIA	BASICA
32	HOSPITAL BUIN	2	1	BUIN	BÁSICA
35	HOSPITAL BARROS LUCO	4	3	SAN MIGUEL	BASICA
45	HOSPITAL DR LUIS TISNE	2	1	PEÑALOEN	BASICA
46	HOSPITAL METROPOLITANO	2	1	PROVIDENCIA	BASICA
48	HOSPITAL SALVADOR	4	2	PROVIDENCIA	BASICA
53	CURACAVI	2	1	CURACAVI	BASICA
56	OCCIDENTE	4	2	SAN MIGUEL	BASICA
68	CESFAM BELLAVISTA	2	1	LA FLORIDA	BASICA
76	HOSPITAL SOTERO DEL RIO	6	3	PUENTE ALTO	BASICA
20	HUAP	6	2	SANTIAGO	AVANZADA
14	HOSPITAL EL CARMEN	6	2	MAIPÚ	AVANZADA
22	HOSPITAL SAN JOSÉ	6	2	INDEPENDENCIA	AVANZADA
25	COLINA	3	1	COLINA	AVANZADA
30	SAN BERNARDO	3	1	SAN BERNARDO	AVANZADA
31	HOSPITAL BUIN	3	1	BUIN	AVANZADA
33	HOSPITAL BARROS LUCO	6	2	SAN MIGUEL	AVANZADA
40	HOSPITAL METROPOLITANO	3	1	PROVIDENCIA	AVANZADA
44	POSTA 4	3	1	ÑUÑO A	AVANZADA
55	FELIX BULNES	6	2	QUINTA NORMAL	AVANZADA
15	MELIPILLA	3	1	MELIPILLA	AVANZADA
90	LA FLORIDA	3	1	LA FLORIDA	AVANZADA
66	HOSPITAL SOTERO DEL RIO	3	1	PUENTE ALTO	AVANZADA

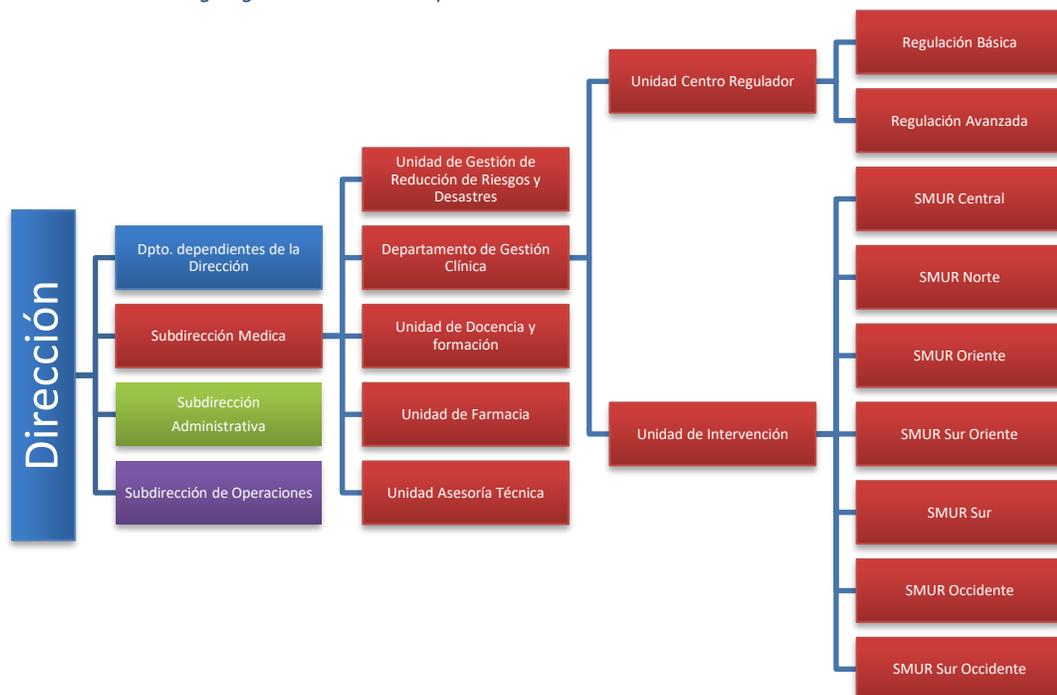
Fuente: Subdirección Médica SAMU Metropolitano agosto 2018

La Unidad de Intervención se encuentra dividida físicamente entre las oficinas ubicadas en el HUAP, y las bases, repartidas en la región metropolitana, como lo muestra la tabla N°1. Las 41 ambulancias de la intervención se encuentran divididas de acuerdo con su tripulación, clasificadas en 23 ambulancias M1, 17 ambulancias M2 y 1 ambulancia M3.

El Centro Regulator, cerebro de la Unidad de Regulación está ubicado al interior del Hospital Metropolitano, en Avenida Holanda N° 60, comuna de Providencia, la infraestructura permite un máximo de 12 operadores telefónicos, las mesas de regulación, el CAT, Centro de alerta temprana y otras unidades relacionadas al trabajo diario como TIC, Tecnología de la información y comunicaciones y Estadística.

La Subdirección Médica es la responsable de mantener la operatividad sanitaria de la Institución, teniendo aproximadamente el 80% de los funcionarios, con operatividad las 24 horas del día, los 365 días del año, haciendo frente incluso a grandes catástrofes, para asegurar una respuesta a la comunidad ante todo evento. En la figura N°3, se puede ver un extracto del organigrama del SAMU Metropolitano, focalizado en la Subdirección Médica.

Figura 3: Extracto del Organigrama SAMU Metropolitano.



Fuente: Elaboración propia en base a Anexo N°1, Organigrama Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria

La Subdirección Administrativa es la responsable de manejar el presupuesto de la institución, gestionar contratos, licitaciones y compras, abastecimiento y gestión de personas, dando respuesta a las necesidades del sistema.

La Subdirección de Operaciones es la responsable de gestionar la operatividad de apoyo de la institución, en donde la gestión de la flota, las tecnologías, equipos médicos y recursos físicos, son vitales para asegurar operatividad y conectividad con la comunidad y entre sus unidades estratégicas y las de apoyo.

La Subdirección Médica, es donde se centra la actividad Prehospitalaria de Urgencia, pero el detalle del organigrama se encuentra en el Anexo N°1. Este organigrama es diferente a los actuales en los Centros Asistenciales debido a un motivo esencial, todas las actividades operativas, pero no clínicas, no están bajo el alero de la Subdirección Administrativa, sino que están dentro de la Subdirección de Operaciones, permitiendo hacer una coordinación más dinámica entre los tres pilares médico-operativo-administrativo, a diferencia de los Hospitales, donde solo existen dos coordinaciones médico-administrativo.

2.3 Mandante, Requirentes y Pacientes.

El mandante del SAMU Metropolitano es el Estado de Chile, con una bajada directa vía Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Servicio de Salud Metropolitano Central, siendo el único servicio prehospitalario para los 6 servicios de salud de la Región.

El requirente, es la persona que llama al 131, siendo ella la de la Urgencia o es quien apoya a un tercero, quien no puede realizar la acción del llamado telefónico y los Pacientes, son las personas atendidas, que sufren la urgencia, independiente de las condiciones en las que se encuentren y si fueron ellos o no quienes llamaron al 131.

De acuerdo con el INE, instituto nacional de estadísticas, en su censo de 2017, se presenta la tabla N°2 con los habitantes por comuna, donde la población asignada al servicio prehospitalario es de 7.112.808, ubicados en 15.403,2 km² de superficie, sin distinción de edad, sexo, etnia, estatus socioeconómicos, previsión, comuna, religión u otro. La única condición necesaria para recibir la atención es tener una dirección o ubicación que sea referencial dentro de la región metropolitana y tener compromiso de salud que sea catalogado como una

urgencia o emergencia, de acuerdo con los parámetros de la norma general técnica N° 17 o el criterio médico. Es fundamental entender que el servicio del SAMU Metropolitano no tiene requisito contar con previsión o ser particular, para ser atendido.

Tabla 2: Cantidad de habitantes Región Metropolitana por comuna, Censo 2017.

Comuna	Total	Comuna	Total	Comuna	Total
SANTIAGO	404.495	P. AGUIRRE CERDA	101.174	RECOLETA	157.851
CERRILLOS	80.832	PEÑALOLÉN	241.599	RENCÁ	147.151
CERRO NAVIA	132.622	PROVIDENCIA	142.079	SAN JOAQUÍN	94.492
CONCHALÍ	126.955	PUDAHUEL	230.293	SAN MIGUEL	107.954
EL BOSQUE	162.505	QUILICURA	210.410	SAN RAMÓN	82.900
ESTACIÓN CENTRAL	147.041	QUINTA NORMAL	110.026	VITACURA	85.384
HUECHURABA	98.671	SAN PEDRO	9.726	PUENTE ALTO	568.106
INDEPENDENCIA	100.281	TALAGANTE	74.237	PIRQUE	26.521
LA CISTERNA	90.119	EL MONTE	35.923	SAN JOSÉ DE MAIPO	18.189
LA FLORIDA	366.916	ISLA DE MAIPO	36.219	COLINA	146.207
LA GRANJA	116.571	PADRE HURTADO	63.250	LAMPA	102.034
LA PINTANA	177.335	PEÑAFLORES	90.201	TILTIL	19.312
LA REINA	92.787	MACUL	116.534	SAN BERNARDO	301.313
LAS CONDES	294.838	MAIPÚ	521.627	BUIN	96.614
LO BARNECHEA	105.833	NUNOA	208.237	CALERA DE TANGO	25.392
LO ESPEJO	98.804	CURACAVÍ	32.579	PAINE	72.759
LO PRADO	96.249	MARÍA PINTO	13.590	MELIPILLA	123.627
TOTAL HABITANTES RM	7.112.808			ALHUÉ	6.444

Fuente: Pagina web oficial INE Censo 2017

2.4 Caracterización de la Institución en el Sector Salud.

El SAMU Metropolitano, como centro asistencial público, destaca por su acceso universal, distinguiendo 3 servicios claros, que son claves para entender la diferencia con los centros asistenciales de urgencia.

- Gestión Telefónica.
- Traslado Primario.
- Traslado Secundario.

A diferencia del organigrama, en la Cadena de Mando Operativo, la unidad de Regulación es la que gestiona los equipos de intervención que se encuentran en cada base, dependiendo de cada tipo de equipo, como muestra la figura N°4.

Es fundamental recalcar, que el servicio de esta Institución se realiza fuera de un centro asistencial de atención abierta y cerrada, de Urgencia o Emergencia, condicionado al estado del paciente. De acuerdo con los 3 servicios que entrega el SAMU Metropolitano, estos se explican en los puntos a continuación.

Figura 4: Esquema de Cadena de Mando de Gestión Clínica



Fuente: Elaboración propia

2.4.1 Gestión Telefónica

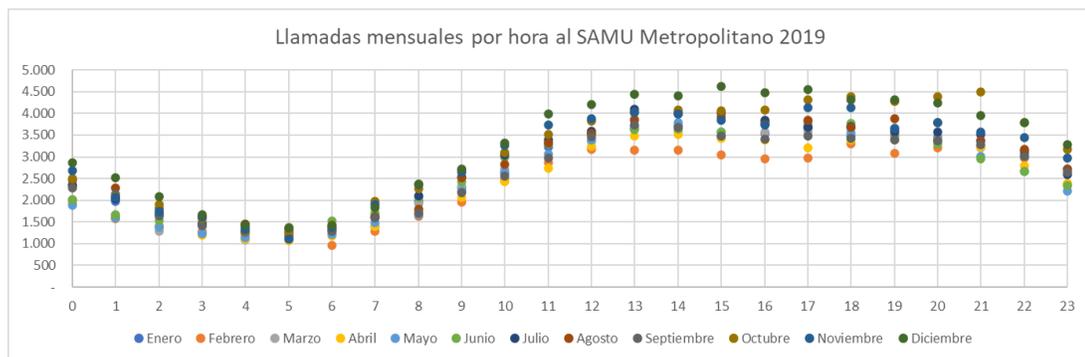
Todos los servicios de atención prehospitalaria del SAMU Metropolitano son producto de una solicitud a través de una llamada telefónica, independiente de su origen. Si es iniciada desde la ciudadanía se realiza marcando al 131, desde cualquier dispositivo telefónico, para ser contestadas por un operador telefónico, quien tendrá tres formas de actuar:

- A. **Gestión Telefónica:** En este caso, se cumple la función de dar respuesta a la urgencia del llamado. Del mismo modo, también cumple la función de informar sobre la red y los centros asistenciales donde acudir, entregar consejos para preparar al paciente antes que lleguen los equipos de intervención o redireccionar la llamada a otros servicios telefónicos pertenecientes al MINSAL u otros de menor complejidad.
- B. **Derivación a Mesa de Regulación Básica:** El operador deriva la solicitud a un supervisor, profesional clínico no médico, el cual cumple las funciones de regular la llamada transferida, ya que en su categorización ha sido detectado un posible caso, donde la evaluación requiere una experticia mayor. Como resultado se puede realizar un traslado primario de categoría básica,

despachando una ambulancia M1 o una atención en el lugar de la urgencia, de ser detectada una criticidad mayor, es derivado a la Regulación Avanzada.

- C. **Derivación a Mesa de Regulación Médica:** Tras detectar la posible existencia de un caso crítico en la condición del paciente, el operador deriva la solicitud al médico regulador, quien puede tomar en primera instancia las siguientes decisiones: realizar un traslado primario de categoría avanzada, solicitar asistencia aérea al equipo Aero policial de Carabineros de Chile o en su defecto, después de una categorización médica, solicitar a la Mesa de Regulación Básica tomar el caso, debido a la no criticidad para ser avanzado.

Figura 5: Gráfico de llamadas mensuales por hora al SAMU Metropolitano año 2019



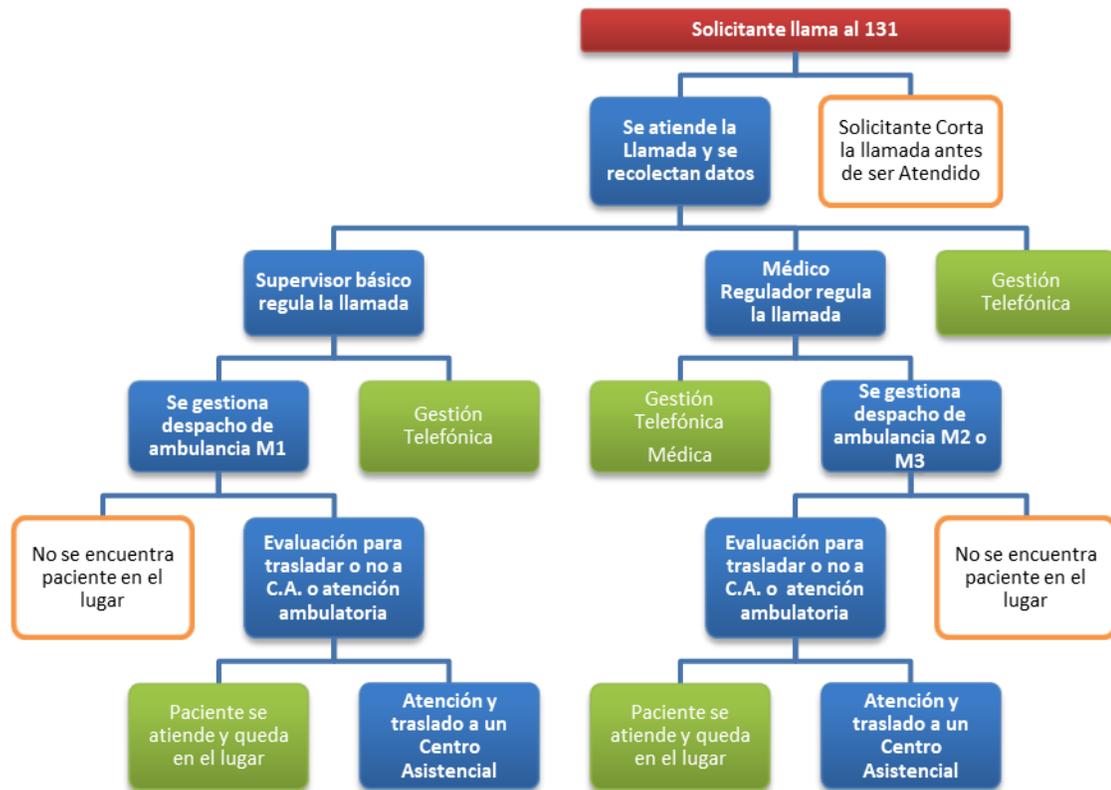
Fuente: Unidad de Estadística SAMU Metropolitano 2020

La figura N°5 muestra la curva de demanda horaria de las llamadas acumuladas del 2019, mostrando que las horas de mayor congestión son entre las 13:00 y las 21:00 horas aproximadamente.

2.4.2 Traslado Primario

Este concepto está definido como la atención de un paciente en un lugar fuera de un centro asistencial, el que puede estar en condición crítica o no, detonado por una llamada al 131, categorizado por un operador quien lo traspasa al supervisor o al médico regulador, quien decide si se debe enviar una ambulancia para realiza una intervención de naturaleza clínica o no, y si además debe ser trasladado a un centro asistencial para que se le realicen los procedimientos de urgencia correspondientes, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS (2018).

Figura 6: Diagrama de Gestión de las solicitudes de Traslado Primario y gestión telefónica



Fuente: Elaboración propia

La realización de una atención clínica, llamada intervención, es opcional tanto por el paciente como por parte del equipo clínico, dependiendo de múltiples variables que son confirmadas en el lugar del suceso, QTH², donde el equipo de Intervención, en contacto con el Centro Regulador, toman la decisión más pertinente.

Dentro de la naturaleza de los traslados primarios, y como se señaló en el punto anterior de Gestión Telefónica, existen diferentes tipos de vehículos, dependiendo de si la llamada fue derivada al Supervisor, quien enviará un móvil M1 Básico, de baja criticidad o al Médico Regulador, quien enviará uno de los dos tipos de móvil avanzados, M2, de dependencia absoluta de las indicaciones del médico regulador o M3, con autonomía clínica, por contar con un médico

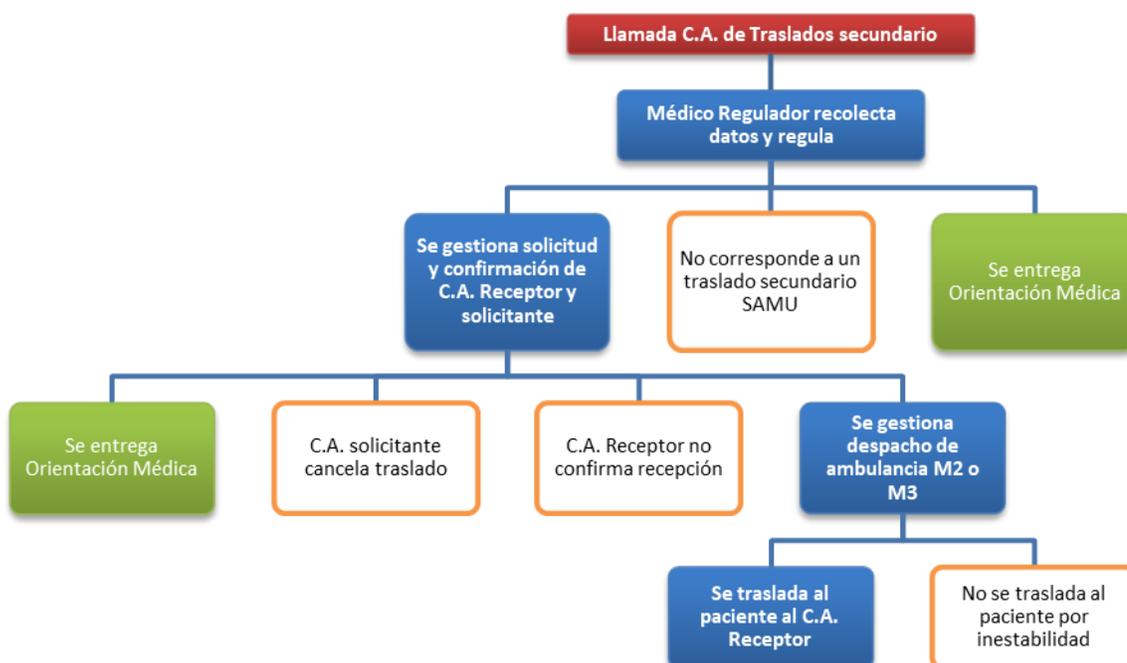
² QTH: Clave radial de la familia Q, que denota ubicación o posición geográfica.

interventor, quien es parte del equipo de esa ambulancia, con dependencia logística y jerárquica en todos los otros temas.

2.4.3 Traslado Secundario

Otra puerta de entrada para los servicios del SAMU Metropolitano es la llamada directa a la mesa de regulación médica, donde se encuentra el médico regulador, con un número exclusivo para la Red Asistencial. Aquí el médico del centro asistencial de solicitante de la Red, solicita el traslado de un paciente a un Centro Asistencial distinto, por necesitar de servicios especializados, siendo necesario el apoyo profesional de un equipo de emergencias avanzado, como el del SAMU Metropolitano, para mantener la estabilidad del paciente en el traslado.

Figura 7: Diagrama de Gestión de las solicitudes de Traslado Secundario



Fuente: Elaboración propia

Es tarea del médico regulador confirmar y coordinar el traslado punto a punto entre los centros asistenciales, confirmar el estado del paciente y regular la viabilidad del traslado, con su equipo interventor en el lugar.

Cuando el centro asistencial de destino no confirma la recepción del paciente, el médico regulador debe informar al médico solicitante, para que ellos coordinen nuevamente, para confirmen al centro receptor. La coordinación previa a la

solicitud del traslado secundario es responsabilidad del médico de solicitante y no del médico regulador.

El equipo de intervención que realiza el traslado genera la atención del paciente, debido a su criticidad, acción que no puede ser separada de la naturaleza del concepto de “TRASLADO”, debido a que es propio de la naturaleza prehospitalaria.

De acuerdo con los datos presentados en la tabla N°3, se puede apreciar que el 48% de toda la gestión del SAMU Metropolitana, es Gestión Telefónica, donde 47% corresponde a llamadas al 131 (Primarias) y un 1% Secundarias, contra un 52% de Despacho de Ambulancias, siendo el 46% Primarias y el 6% Secundarias. Como política del SAMU Metropolitano, los traslados secundarios se realizan preferentemente por ambulancias avanzadas, para mover pacientes con problemas de características graves, aunque esto es a criterio clínico.

Tabla 3: Gestión Primaria y Secundaria del SAMU Metropolitano Año 2019, por tipos de ambulancias

	Traslados Primarios 2019				Traslados Secundarios 2019		
	Gestión de llamadas Primarias al 131	Despachos		Sin Despachos	Gestión de Solicitudes Traslado Secundario	Despachos	Sin Despacho
		Básicos	Avanzados	Gestión Telefónica		Avanzados	Gestión Telefónica
Ene	10.638	3.768	1.981	4.889	758	635	123
Feb	9.064	3.436	1.843	3.785	652	553	99
Mar	10.897	3.956	2.097	4.844	734	638	96
Abr	10.863	3.885	2.252	4.726	733	625	108
May	12.244	3.961	2.408	5.875	965	789	176
Jun	11.719	3.336	2.111	6.272	908	744	164
Jul	11.990	3.459	2.133	6.398	998	785	213
Ago	12.087	3.427	2.204	6.456	908	739	169
Sep	11.108	3.136	1.896	6.076	856	692	164
Oct	12.113	3.368	2.078	6.667	756	591	165
Nov	11.386	3.322	1.963	6.101	674	566	108
Dic	12.230	3.403	2.037	6.790	840	709	131
Total	136.339	42.457	25.003	68.879	9.782	8.066	1.716
%		31%	18%	51%		82%	18%

Fuente: Unidad de Estadística SAMU Metropolitano

2.5 Presupuesto

A contar del año 2018, el SAMU Metropolitano financia sus operaciones de acuerdo con un presupuesto anual asignado por el Estado, a través del Servicio

de Salud Metropolitano Central, incorporado dentro de su glosa presupuestaria, por no ser un centro auto gestionado.

Anteriormente, el SAMU Metropolitano, como un departamento dentro del HUAP, no tenía manejo de presupuesto propio. En esa época, la compra de los diferentes recursos, pagos de remuneraciones y otros subtítulos, debían ser justificados y solicitados a las unidades de abastecimiento, en la subdirección administrativa del HUAP.

El futuro financiero de la institución está enfocado en lograr un modelo mixto de presupuesto, que espera tener dos vías de ingresos: El primero basado en los fondos vía presupuesto gubernamental, y el segundo es realizar lo cobros de servicios a los afiliados a Fonasa, los cobros de atenciones a instituciones de salud previsual (ISAPRE), y lograr realizar los cobros de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP).

Tabla 4: Composición de Ingresos del SAMU Metropolitano de acuerdo con Ley de Presupuesto.

Código Base	Concepto Presupuestario	Porcentaje
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	98,622%
0502	Del Gobierno Central	
0502007	Fondo Nacional De Salud - Atención Primaria	
0502008	Fondo Nacional De Salud - Prestaciones Valoradas	
0502009	Fondo Nacional De Salud - Prestaciones Institución	
0502010	Subsecretaría De Salud Pública	
0502013	Subsecretaría de Redes Asistenciales	
07	INGRESOS DE OPERACIÓN	0,648%
0702	Venta de Servicios	
0702007	Traslados	
0702007001	Traslados Modalidad Libre Elección (MLE)	
0702007003	Traslados Isapre	
0702007009	Traslados Accidentes del tránsito	
08	OTROS INGRESOS CORRIENTES	0,730%
0801	Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	
0801001	Reembolsos Art. 4 ° Ley N ° 19.345 y Ley N ° 19.117	
0801002	Recuperaciones Art. 12 Ley N ° 18.196 y Ley N ° 19.1	
0801002001	Fonasa	
0801002002	Isapre	
0802	Multas y Sanciones Pecuniarias	
0899	Otros	
0899999	Otros	

Fuente: Departamento de Finanzas SAMU Metropolitano junio 2019

En la tabla N°4, se pueden apreciar los subtítulos con sus diferentes subcategorías de ingresos, de acuerdo con las tres opciones mencionadas. Actualmente, solo se obtiene el presupuesto desde el Gobierno Central y la recuperación de Licencias Médicas que, como se señaló, ya está contemplado, por consiguiente, su recuperación está enfocada en el gasto.

Siendo una institución pública, el beneficio es entregar a la sociedad un servicio de emergencia que garantice cobertura virtual y física en toda la Región Metropolitana, con respuesta a todo tipo de eventos de carácter de Salud, junto con el apoyo de la red asistencial, la universalidad de la atención e integrado con los otros servicios de urgencia y emergencia a nivel regional y nacional.

Las principales restricciones existentes hacen alusión a los recursos en diferentes ámbitos, como:

- Reconocimiento de las prestaciones prehospitalarias en la Red Asistencial: Siendo validada como una institución con una cartera de servicios que se entrega y se cobra a las empresas prestadoras de salud y que se individualizan de los servicios entregados en los centros asistenciales, para generar sus propios flujos de liquides. Hoy en día, los cobros son integrados por otros centros de la Red y son utilizados para fines distintos.
- Cantidad y ubicación de Bases y Ambulancias: A pesar de las 41 ambulancias que hoy en día tiene operativas la institución, aun no se puede cumplir con los estándares internacionales de tiempos de respuesta establecidos (los que corresponden a 10 minutos para los pacientes en paro cardiorrespiratorio, PCR, según la *American Heart Association*, (AHA, 2018), por lo cual el desafío de la institución es lograr generar una cobertura regional que permita cumplir tiempos de respuesta cercanos a ese estándar, estimando la ubicación de bases y cantidades, junto al número de ambulancias necesarias para asegurar una respuesta a la ciudadanía.

2.6 Análisis y definición Misión de la UEN.

El análisis de las declaraciones estratégicas actuales del SAMU Metropolitano, de ser necesario, si estas no logran apoyar el desarrollo del SCG, el Proyecto propondrá nuevas declaraciones que cumplan con el estándar necesario. La generación de la Misión, Visión y Creencias, son fundamentales para la elaboración de la estrategia del SAMU Metropolitano, por eso es primordial la existencia de una coherencia con la formulación de una estrategia y la confección del SCG, de acuerdo con los lineamientos de la metodología del Proyecto, de acuerdo con las líneas principales de Kaplan y Norton (2008).

Tomando en cuenta el objetivo del proyecto y la mirada referencial de Thompson et al. (2012), se establece que la diferencia entre una visión y una declaración de misión es: la visión retrata el horizonte de negocios futuro de la institución (“hacia dónde vamos”); por lo general, la misión describe su actividad y propósito de negocios actuales (“quiénes somos”, “qué hacemos” y “por qué estamos aquí”).

Antes de cualquier diseño estratégico, primero se debe revisar la existencia de una misión en la institución o si esta cumple con el propósito para el que fue creada y si existe un alineamiento entre lo que esta relata y lo que la dirección quiere lograr. Este análisis mide si la declaración de la Misión logra definir la razón de ser en un texto breve, que permita visualizar lo que realmente quiere brindar la institución a sus usuarios. Antes de analizar la misión del SAMU, es importante tener en cuenta la misión del Ministerio de Salud:

“La misión de este ministerio es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”. MINSAL (2019)

Después del planteamiento inicial, el análisis de la misión del SAMU Metropolitano es el siguiente, concentrado en la tabla N°5, respondiendo a una serie de preguntas fundamentales que facilitan la evaluación de esta declaración estratégica, fundamental dentro de las líneas del Proyecto.

Tabla 5: Análisis Misión

“Otorgar atención prehospitalaria y traslado secundario, en toda el área que comprende la Región Metropolitana, asegurando a su población el acceso a estos servicios de forma oportuna, integral, segura y centrada en las personas, con un equipo profesional de excelencia y la mejor tecnología disponible”.
¿Quiénes somos, qué hacemos y por qué estamos?
No dice que es el SAMU ni a quien pertenece siendo público o privado. Habla de la atención prehospitalaria, pero no es un servicio muy conocido y el traslado secundario no queda claro. Si expresa su razón de existir.
¿Cuáles son nuestros servicios?
No queda claro cuáles son los servicios del SAMU, como se accede a ellos y en qué momentos se puede acceder a ellos.
¿Quiénes son nuestros clientes?
No deja claro quiénes son los clientes, como acceden a sus servicios ni las características que estos deben cumplir si existiesen o no.
¿Cuál es nuestra cobertura geográfica?
Si, deja clara que su cobertura geográfica es la región metropolitana.

Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar que el termino prehospitalario es asistencialmente técnico, lo que dificulta entender y diferenciar a la Institución, del resto de la red asistencia, necesitando aclarar a las personas, que las ambulancias del SAMU son diferentes a un taxi de pacientes para llevarlos a los centros asistenciales, pero tienen un rol en la atención de casos acordes a sus urgencias.

No se mencionan los servicios de la institución, en donde nuevamente el mensaje técnico como Traslado Primario o Traslado Secundario, no dan indicios de cuál es el real servicio de la institución.

En la misión actual no está claro quiénes son los pacientes del SAMU Metropolitano, lo cual va en contra de las políticas expuestas por la ONU, en donde se decreta un derecho de las personas, sin importar nacionalidad o lugar de residencia.

Misión Sugerida:

En un trabajo de síntesis, simplificación y mejora de los términos utilizados para generar una mejora sostenible, se presenta la siguiente propuesta:

Tabla 6: Análisis de Misión Sugerida

“Entregar a todos los habitantes de la Región Metropolitana sin distinción, un servicio público de urgencias y emergencias fuera de los centros asistenciales, llamando al 131, para dar una respuesta sanitaria oportuna, orientándolos vía telefónica, atendiendo en el lugar de la urgencia o facilitando los traslados asistenciales dentro de la región”
¿Quiénes somos, qué hacemos y por qué estamos?
Si. Queda claro que es un servicio en terreno y telefónico, que ayuda en las urgencias o emergencias y que esta para dar respuesta fuera de los centros asistenciales.
¿Cuáles son nuestros servicios?
Está claro que es una repuesta sanitaria de tres formas, telefónica, en el lugar del evento o en traslados asistenciales, entendiéndose que es la institución la que se movilizará al lugar del evento.
¿Quiénes son nuestros clientes?
Queda claro que son todos los habitantes de la región metropolitana, sin distinción. Es un servicio público.
¿Cuál es nuestra cobertura geográfica?
Queda claro que es en la región metropolitana

Fuente: Elaboración propia

Bajo las líneas de análisis de la tabla N°6, y en conjunto con la mirada de Thompson et al. (2012), se establece que es fundamental que la declaración de misión revele plenamente las facetas de la institución y emplee un lenguaje lo de

a la institución una identidad perceptiblemente distinta de las demás en la misma industria, evitando ocultar lo que realiza el SAMU Metropolitano.

En la misión sugerida, el Proyecto postula una declaración clara, evidente y que remarca cuáles son sus servicios, sin entrar a describir uno a uno, visualizando que esta declaración es clave para los pasos siguientes.

2.7 Análisis y definición Visión de la UEN.

La declaración que mejor define los objetivos de mediano y corto plazo, como se dijo en los primeros párrafos de este capítulo, es la Visión de la institución, orientada a la industria donde se desenvuelve, señalando en palabras, el cómo quiere que la vean sus pares y a donde llegar en un espacio tiempo determinado.

Bajo el mismo ejercicio previo, realizado en el punto de la misión, se expone la visión del Servicio de Salud Metropolitano Central, para tener un enfoque en las concepciones del diseño de estos elementos estratégicos.

“Ser un Servicio de Salud que trabaje de forma colaborativa, con alta calidad e inclusivamente con cada uno de los actores de la red asistencial, teniendo en el centro de su quehacer a los pacientes y a la atención primaria de salud como estrategia fundamental para el logro de las metas sanitarias de su población y así entregar servicios continuos de salud, alcanzando la gestión de estos servicios en el marco de la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud”. (SSMC, 2019)

De acuerdo con Kaplan y Norton en su libro *The Execution Premium* (2008), la visión debería tener un objetivo desafiante, debe existir una definición de nicho y un horizonte de tiempo. Siguiendo la línea de este postulado, se pueden definir estos puntos para un buen desarrollo en el sector de la salud pública:

- **Objetivo Desafiante:** el Liderazgo muchas veces no es un buen motivador para los funcionarios públicos que están comprometidos, debido a una asociación de líder con sistema privado, por esto el “ser referentes” genera un aspecto de compromiso con el trabajo y la comunidad integradores e igualitarios.
- **Definición de Nicho:** no deja clara su postura en todos los ámbitos del prehospitalario, tomando temas como las urgencias que tienden a ser

derivados a equipos específicos en centros asistenciales y las emergencias que son eventos más complejos.

- **Horizonte de tiempo:** no tiene un horizonte de tiempo, por lo cual no es medible, debe tener un objetivo al cual deben apuntar todas las acciones estratégicas de la institución y la obtención de esos resultados.

Tabla 7: Análisis Visión

“Convertirnos en la institución líder, a nivel latinoamericano, de la atención y satisfacción de urgencias y emergencias de salud prehospitalaria”
¿Es medible?
No se puede medir, porque no expresa un periodo de tiempo en que se pueda verificar si la visión se cumplió. No genera desafíos.
¿Se direcciona al futuro?
Si, habla de un futuro, pero no tiene un límite.
¿Es viable?
No es viable, por los siguientes puntos: Ser líder latinoamericano, expresa una competencia con otros que realizan lo mismo y tienen un escenario donde competir. Satisfacer urgencias y emergencias no es claro a que se refiere.
¿Es fácil de recordar?
Si, es corta, tiene ideas fáciles de recordar.
¿Es ambigua o incompleta?
Es incompleta, no habla de su posición en la industria, no habla de sus clientes y es muy genérica.
¿Su lenguaje es demasiado general?
Tiene un alto grado de lenguaje general
¿Es sosa o poco inspiradora?
No es inspiradora, abandona aspectos como el servicio público, fundamental al momento de motivar.
¿Es genérica?
Si. Cualquier servicio similar al SAMU Metropolitano podría utilizar esta visión, sin ser un servicio público.
¿Es demasiado extensa?
No es demasiado extensa, pero faltan algunos detalles que la hagan única para el SAMU.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°7, se analiza la visión con preguntas guías que ayudarán al momento de desarrollar el análisis de esta etapa, planteado por Kaplan y Norton (2008), como se señala en párrafos posteriores.

Visión Sugerida:

Dando respuesta a las observaciones planteadas, la propuesta de Visión, en la tabla N°8 es la siguiente:

Tabla 8: Análisis Visión Sugerida

“Ser el referente nacional en 2030 y en 2040 ser un referente latinoamericano, en el Servicio Extrahospitalario de Urgencia y Emergencias público, destacando la excelencia de sus respuestas asistenciales y estándares de servicios”
¿Es medible?
Si. Tiene un horizonte claro en que esta visión se debe cumplir y en que parámetros el SAMU debe ser un referente la excelencia de sus respuestas sanitarias prehospitalarias y los estándares en los servicios que entrega en a la comunidad.
¿Se direcciona al futuro?
Si. Tiene dos horizontes, uno nacional y otro latinoamericano, que señalan como quiere ser vista la Institución.
¿Es viable?
Si. No habla de inversión, sino de un manejo eficiente, eficaz y efectivo de sus recursos y dirigir sus pasos a mejorar para destacar con respecto al panorama latinoamericano.
¿Es fácil de recordar?
Si. No es demasiado larga, tiene ideas concretas y posiciona en el tiempo como ira alcanzando a ser un referente.
¿Es ambigua o incompleta?
No es ambigua, porque define claramente que tipo de institución es y donde se quiere posicionar, tiene sus tiempos claros y que se debe medir, por eso no es incompleta.
¿Su lenguaje es demasiado general?
No. Su lenguaje es específico y de fácil comprensión. No entra en especificaciones complejas.
¿Es sosa o poco inspiradora?
Inspira, porque usa un ideal como el “ser el Referente” dando un aire de hidalguía en cuando a trabajar en una institución pública que es un ejemplo para seguir.
¿Es genérica?
No. Claramente no puede utilizarla cualquier servicio sanitario y a la vez no puede utilizarla cualquier servicio de urgencia o un servicio privado.
¿Es demasiado extensa?
No. Si se redujese entraría en conflicto con la dirección que debe generar a la institución.

Fuente: Elaboración propia

Tomando en cuenta la mirada de los autores Thompson et al. (2012), se considera una visión estratégica bien concebida y vigorosamente comunicada de acuerdo con los buenos resultados en:

- 1) Aclara los puntos de vista de los propios ejecutivos sobre la dirección de largo plazo.
- 2) Reduce el riesgo de tomar decisiones caprichosas.
- 3) Herramienta para ganar el apoyo de los miembros de la organización ante los cambios internos con que la visión se hará realidad.
- 4) Es un faro para los administradores de menor nivel al establecer objetivos departamentales y diseñar estrategias sincronizadas con la estrategia global.

5) Ayuda a la institución a prepararse para el futuro.

La visión sugerida en este Proyecto busca conseguir un posicionamiento que no ha sido logrado por el SAMU Metropolitano, debido a que no es reconocida en su totalidad, como referente nacional en su respuesta asistencial o en los estándares de servicios entregados, debido el buen trabajo realizados en diferentes aspectos por otros SAMU nacionales u otros servicios prehospitalarios de emergencia sanitaria de la región.

2.8 Definición de Creencias.

Las creencias de una institución son los que definen las actitudes, comportamiento y características que deben tener los funcionarios de la Institución, dejando claro que es lo realmente importante para cada miembro y generar el compromiso y dedicación necesarias que, en este servicio asistencial, basado en el contacto con personas, se requiere, siendo apoyado por un conjunto de valores, claro y definidos, que apoyarán el proceso del desarrollo de una cultura institucional.

Según los autores Thompson et al. (2012) es importante tener en cuenta que las empresas donde los valores declarados son más reales que cosméticos, los directivos los conectan a la búsqueda de la visión estratégica y la misión en una de dos maneras. En las instituciones con valores de larga tradición y bien integrados a la cultura corporativa, los directivos tienen cuidado de idear una visión, misión y estrategia que correspondan con los valores establecidos, y reiteran la manera en que las normas conductuales basadas en los valores contribuyen al éxito de la institución.

El SAMU Metropolitano no tiene valores establecidos, por lo que el Proyecto propone los siguientes que debieran orientar el actuar de la institución, basado en valores tradicionalmente usados en el área pública como administración, fuerzas armadas u otros servicios de urgencias y emergencias, de acuerdo con lo descrito en el Estatuto Administrativo y las propias misiones de otros organismos de emergencias.

- **Vocación de Servicio:** este valor central de los funcionarios que trabajan en el área pública, destacándose el constante compromiso por salvar la vida de otros, en las condiciones más adversas.

Otro de los puntos fundamentales de este valor, es la capacidad de actuar cuando otros tipos de servicios de emergencia no se encuentran disponibles, debido a fechas y eventos importantes como 11 de septiembre, año nuevo, terremotos o conflictos sociales. Es en ese contexto en que la certeza de la llegada de un servicio sanitario como el SAMU es fundamental, y es donde se necesitan personas con un alto nivel de compromiso, capaces de enfrentar las dificultades y riesgos involucrados, en favor de la vida de otros.

- **Probidad:** este valor se encuentra inserta en los organismos públicos, gracias al estatuto administrativo, consecuente con el rol de auto control que cada funcionario debe ejecutar. Se sugiere este valor para que todos los miembros de la Institución sean ejemplos y modelos de integridad y honradez en su actuar, tanto de forma profesional como personal.

La probidad no solo es fundamental en el uso de recursos de los diferentes tipos, sino también inspira la forma de actuar del personal frente a la comunidad, haciéndose responsables de las expectativas que generan sus palabras y acciones ante una situación de urgencia, un paciente o un acompañante, el cual está viviendo un momento de gran inestabilidad emocional. De este modo, se logrará internalizar al personal sobre la importancia en que apliquen este concepto en su actuar laboral.

- **Trabajo en Equipo:** este concepto es de rigor se convierta en un valor fundamental para el trabajo en el SAMU Metropolitano, debido a que todas las acciones se realizan los diferentes equipos de trabajo, se vuelve esencial que los funcionarios puedan trabajar persiguiendo un objetivo común, la atención a los usuarios en todas sus formas.

Debido a los sistemas de turno en los que trabajan los funcionarios que forman la UEN y el estrés propio de esta rutina de laboral, se aumentan la probabilidad de la existencia de quiebres en la convivencia de 12 o 24 horas, ante situaciones de altísima presión, como los pacientes, la interacción con los compañeros de trabajo, el entorno, entre otras variables. El trabajo en equipo se debe generar mediante dinámicas que fortalezcan la confianza, la comunicación y el desapego entre lo personal y lo profesional.

- **Disciplina:** este valor aporta autorregulación, estructura en la ejecución de las labores y obediencia a órdenes impartidas por personas de mayor rango, jerarquía y conocimiento en el área asistencial, entendiendo que en el trabajo en equipo se ve reforzada cuando aparece la responsabilidad y la confianza.

La disciplina no debe ser entendida como una rigidez que separa a los funcionarios de la realidad en la forma de actuar. Esta creencia debe ser conjugada en el actuar específico que necesita cada una de las realidades que atienden los funcionarios, que son distintas unas de otras, pero necesitan que actúen bajo una cadena de mando clara. Es fundamental el cumplimiento de horarios, así como también de las órdenes impartidas por las jefaturas. Pero cabe destacar que un punto importante para el cumplimiento de la disciplina es el mantener una comunicación constante y fluida con el superior jerárquico, entendiendo que no existen verdades u ordenes absolutas, sino trabajo en equipo ordenado.

- **Empatía:** Preocupación por la sociedad, sus integrantes y cada miembro de la comunidad, deben buscar siempre ponerse en la situación que vive cada persona con la que interactúan, entendiendo cuál es su responsabilidad en ese momento y que esperan de su trabajo.

Aunque la empatía es un valor que todos sugieren integrar, es importante señalar que las reacciones y actuaciones de los funcionarios, deben enfocarse en “ponerse en el lugar del afectado”, siempre cuidando de mantener el foco en un buen actuar y la responsabilidad que tienen.

Es por eso por lo que la empatía, antes de ser concebida como un valor propio de los trabajadores y de la organización, necesita de las otras creencias ya mencionadas como la vocación, la probidad y la disciplina, para que conjuguen un actuar responsable en cada una de sus acciones, pensando siempre en el mejor beneficio de los usuarios y para la Institución.

En el siguiente capítulo, se iniciará el Análisis Estratégico, el cual estará desarrollado empezando con un análisis externo, extrayendo las oportunidades y amenazas, para pasar al análisis interno, de donde se obtendrán las fortalezas y debilidades, consolidando en un FODA que permitirá confeccionar el posicionamiento estratégico de la institución, entregando las principales líneas para el desarrollo del Sistema de Control de Gestión de este trabajo.

CAPÍTULO 3. ANALISIS ESTRATÉGICO

En el siguiente capítulo se dibujará el entorno del SAMU Metropolitano junto a diferentes herramientas y se analizarán sus capacidades de acción de acuerdo con los recursos con los que cuenta, basado en un análisis con dos miradas fundamentales: el Análisis Externo y el Análisis Interno.

Debido a la falta de un análisis dentro de la Institución, el Proyecto aplicará diversas herramientas en sus dos análisis, ante el desconocimiento formal del entorno del SAMU Metropolitano, es necesario realizar un análisis interno y externo que permita realizar una evaluación de las capacidades y desempeños de la institución en la industria y localizar su posicionamiento, de acuerdo con a Kaplan y Norton (2008), apoyará el desarrollo del SCG.

En el mundo de la Salud Pública pareciese no ser necesario mirar a los competidores, porque la finalidad asistencial no busca la rentabilidad financiera, la obtención de recursos es otra forma de competir, donde los centros asistenciales exitosos son altamente competitivos, basado en eso, se puede entender que:

Debido al aumento generalizado de costos, la forma en que se ofrecen los servicios de salud ha cambiado en forma significativa, al igual que la viabilidad de cierta clase de proveedores. Muchos servicios que tradicionalmente se prestaban en los hospitales ahora se ofrecen en clínicas de cuidado externo o en los domicilios de los pacientes. Anthony y Govindarajan (2008, p 626).

Este planteamiento demuestra que se necesita conocer el Macroentorno en su totalidad, de acuerdo con sus componentes políticos, económico, social, tecnológico, medio ambiental y legal, sino también, para una Institución tan nueva y desconocida, conocer las principales presiones de la industria, en su análisis de Microentorno, que permita conocer el entorno en 360 grados para dibujar de forma clara como desarrollar la estrategia del SAMU Metropolitano.

Por otro lado, en el análisis interno, se presentarán los principales procesos que permiten el desarrollo de la actividad prehospitalaria de urgencia en cuanto a sus recursos y sus capacidades, basados en parámetros supuestos. Es fundamental entender que, en los servicios de salud, aunque existen protocolos que guían como se deben realizar las diferentes acciones sanitarias, la producción en masa,

no es algo aplicable, es más, las capacidades son más referenciales que verdades absolutas, que permiten comparar, analizar y mejorar los niveles de calidad.

Considerando que la calidad es una cualidad innata, una característica absoluta y universal reconocida. Se consideran trabajos de gran calidad aquellos que están por encima de las modas, cuya imagen de calidad perdura inamovible en el tiempo. Sanguesa, Mateo y Ilzarbe (2019, p 5)

De acuerdo a las líneas metodológicas, la realización de estos dos análisis, permitirán generar el análisis FODA, el cual identifica las fortalezas, que mostrarán los factores críticos de la Institución, las oportunidades, entregando los factores positivos que puede aprovechar la organización, las debilidades, que señala los factores con que no cuenta la Institución y las amenazas, entregando los factores negativos que pueden obstaculizar el desarrollo organizacional y por consecuencia, el cumplimiento de sus objetivos.

3.1 Análisis Externo

Este análisis se focalizará en dos herramientas centrales, que buscan generar una imagen clara del ambiente que rodea a la institución: El análisis Pestel, que tiene como focos áreas políticas, económicas, sociales, tecnológicas, ambientales y legales y las Cinco fuerzas de Porter, que permite ver con precisión la presión existente en una Industria desconocida y poco clara, en donde se desconoce cuál es la posición real del SAMU, indistintamente de ser una institución pública.

Tomando en cuenta que las influencias que se puedan encontrar, miradas desde lo estratégico del macroentorno, puede generar un fuerte impacto en la industria a la que pertenece la Institución, no en términos económicos necesariamente y un impacto fundamental en los lineamientos futuros de acuerdo con la estrategia del SAMU Metropolitano, de acuerdo con Thompson et al. (2012).

3.1.1 Análisis Macroentorno

El análisis PEST o PESTEL es una metodología que permite generar una imagen documentada del macroentorno o el ambiente externo del negocio, según Collins (2010). El análisis de macroentorno muestra las diferentes dimensiones que tiene

el ambiente externo de la industria sanitaria, en el análisis político, económico, social, tecnológico, ambiental y legal, que terminan siendo factores fundamentales en la imagen de la Red asistencial, que se debe tener en el SAMU Metropolitano, de acuerdo con Kaplan y Norton (2008).

Para el SAMU Metropolitano, se analizarán las variables mencionadas, para identificar las Oportunidades y Amenazas derivadas, que presenta una institución pública, con características únicas en la Red asistencial, que focaliza su mejor desempeño en dar respuesta a las comunidades vulnerables dentro de la Región, donde la cobertura de otros servicios prehospitalarios no da acceso universal.

En este punto, se desarrolla el análisis PESTEL para el Macroentorno de la institución pública, para dibujar el trasfondo en que se desenvuelve, a diferencia de las empresas que tienen fines de lucro, basado en los 6 puntos principales del análisis, que generan un esquema del ambiente que configuran:

- Político.
- Económico.
- Social.
- Tecnológico.
- Ambiental (*Enviromental*, en su uso PESTEL en la sigla en inglés)
- Legal

Para tomar en cuenta lo postulado por Collins (2010), Se presenta como una herramienta fundamental, el análisis PESTEL, debido a que se consideran rápidamente los aspectos más importantes del del mundo Prehospitalario, en donde la configuración nemotécnica facilita a la generación de un documento que es de forma regular. Se puede generar de manera rápida a través de preguntas estándar, o indicaciones, que dirigen al análisis a una mirada unidimensional.

3.1.1.1 Político

Primero, el ambiente político de toda institución pública tiene directa relación con los planes de trabajo a nivel Ejecutivo sobre los efectos que se quieren lograr en el bienestar de la ciudadanía; por consiguiente, se reconoce que, en los últimos planes de gobierno presentados a la ciudadanía, Bachelet (2013) y Piñera (2017), el rol de los prestadores de servicios de salud pública ha ido cambiando, tanto en presupuesto como en la estrategia a seguir.

Segundo, dentro de la relevancia que tiene la salud en el desarrollo de la sociedad y como eje fundamental del bienestar de la humano, es necesario tener una mirada global de este tema.

Reafirmando el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; y el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestidor, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. ONU (2013, p 2)

Se entiende que el compromiso con la salud de la población va más allá de las políticas públicas del país, sino también son un esfuerzo global por generar el derecho de la buena salud a cada uno de los ciudadanos de las naciones.

Tercero, los centros asistenciales son el principal punto de atención para la comunidad, por eso es importante señalar que el programa de salud 2018 – 2022 del MINSAL, está en concordancia con el programa del presidente Sebastián Piñera de 2017, dónde los grandes objetivos trazados para esta área son:

- Reducción en las listas de espera.
- Reforma a la salud primaria.
- Reforma al modelo de atención.
- Modernización de la infraestructura sanitaria, inversión y modernización.
- Rebaja del precio de los medicamentos.
- Bienestar y cultura de vida sana.

Tabla 9: Resumen puntos Políticos

Político	
1	Planificación de cada gobierno modifican el trabajo de mediano y largo plazo.
2	Dependencia del financiamiento del presupuesto público en el 100%.
3	La Salud como eje en el bienestar público y social de los habitantes.
4	Agenda de Salud enfocada en enfermedades crónicas y centros asistenciales.
Oportunidades	
Necesidad de crear objetivos enfocados en la Salud Pública a largo plazo, con miras a modelos sostenibles en el tiempo, integrados unos con otros en la Red Asistencial.	
Necesidad de la Red asistencial de un articulador que conecte lo extra y lo intrahospitalario.	
Amenazas	
Iniciativas de Políticas públicas centradas en los centros asistenciales como la respuesta sanitaria preferente.	

Fuente: *Elaboración propia*

Dentro de las líneas mencionadas, no existe un pronunciamiento real sobre el área prehospitalaria, dejándola fuera de los objetivos de agenda política en el área de la salud. Por consiguiente, en la tabla N°9 se presentan los cuatro puntos señalados, de forma sintetizada en el proceso de análisis PESTEL.

3.1.1.2 Económico

Como todo centro perteneciente a la Red Asistencial del MINSAL, de acuerdo con su complejidad y decisión del Servicio de Salud, estos pueden ser autogestionados o no. Ser un centro autogestionado quiere decir que debe estar inserto en la Red Asistencial, debe tener líneas concretas de desarrollo, tanto en el área de recursos humanos, como en la gestión clínica y tener estabilidad financiera al contar con un presupuesto propio. Esto quiere decir que, todas las proyecciones que generen un rumbo para la institución deben estar enmarcadas en el plan del Servicio de Salud correspondiente, pero son los centros autogestionados quienes tienen la última palabra en las decisiones finales. El SAMU Metropolitano no es un centro autogestionado, tiene limitaciones mayores que son diferentes a un problema presupuestario solamente.

En segundo lugar, es importante destacar que de acuerdo con la Superintendencia de Salud existen dos tipos de prestadores de Salud Pública:

- Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, entendiendo por éstos aquellos establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención integral, general y/o especializada, y que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama. Se incluyó en la muestra hospitales y clínicas de alta, mediana y baja complejidad.
- Prestadores Institucionales de Atención Abierta, considerando como tales a aquellos centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes.

Es por ellos, que los modelos de autogestión se transforman en un obstáculo para el servicio prehospitalario a nivel nacional, no solo institucional.

En tercer lugar, de acuerdo con las leyes de presupuesto del sector público, de la dirección de Presupuestos Gobierno de Chile, DIPRES (2018, 2019, 2020), se puede ver que, a pesar de los movimientos de los presupuestos anuales, los cuales fijan sus políticas de asignación de acuerdo con el beneficio social, el

comportamiento de los mercados, el precio del cobre, el *comodity* más importante para los ingresos del País.

Tabla 10: Tabla de aporte Fiscal años 2019, 2020 y 2021 con referencia del Ministerio de Salud

	2021	2020	2019
TOTAL APOORTE FISCAL	40.150.328.428	50.613.108.713	45.387.810.996
Ministerio de Salud Total	7.503.567.038	6.719.072.728	5.924.750.193
Fonasa	6.307.988.731	5.407.687.649	4.593.903.203
Instituto de Salud Pública de Chile	14.326.030	15.744.903	14.176.366
Subsecretaría de Salud Pública	292.085.799	277.980.454	257.642.360
Subsecretaría de Redes Asistenciales	875.467.701	1.003.648.865	777.952.278
Superintendencia de Salud	13.698.777	14.010.857	13.275.986
Aporte Mayor Producción nivel Secundario y Terciario	-	-	267.800.000
Porcentaje de aporte al Ministerio de Salud sobre aporte Fiscal	18,7%	13,3%	13,1%
Porcentaje de aporte a la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre aporte Fiscal	2,2%	2,0%	1,7%

Fuente: Elaboración propia

Es un hecho que el aporte Fiscal para el Ministerio de Salud ha ido creciendo año tras año, incluso en 2021, tuvo un aumento de 5 puntos porcentuales mayor al 2020, con respecto al aporte fiscal total, de acuerdo con la tabla N°10, que compara los tres años.

En la tabla N°11, se señalan los puntos señalados en el análisis Económico.

Tabla 11: Resumen puntos Económicos

Económico	
1	Dependencia en un 100% del presupuesto otorgado por el SSMC.
2	No reconocimiento del sistema prehospitalario a nivel país
3	El presupuesto País para Salud está en crecimiento sostenido
Oportunidades	
Existe una defensa presupuestaria en el área de la Salud, independiente de la situación económica del País.	
Amenazas	
Existe una mirada centralizada en solucionar la salud pública con inversión en centros asistenciales de alta complejidad abierta o cerrada.	

Fuente: Elaboración propia

3.1.1.3 Social

De acuerdo con la OMS (2008), se proclama que la injusticia social está destruyendo la calidad de vida de las personas en el mundo, y es un deber ético

generar respuestas sanitarias equitativas a la población. Dentro de esta percepción de desigualdad social a la recepción de salud de calidad, en Chile han surgido diferentes movimientos contrarios con el sistema de salud que rige al país y sus diferentes acciones. A continuación, se presentan algunos ejemplos de los problemas y demandas sociales más emblemáticos relacionados con el área de la salud.

En un reportaje realizado por El Mostrador, el 28 de marzo de 2018, sobre una protesta en las afueras del Ministerio de Salud, se evidenció la molestia de la ciudadanía debido al cambio de protocolo de la ley que despenaliza el aborto en las causales de riesgo de vida de la madre, inviabilidad fetal y violación. La Organización de Defensa de los Derechos de las Mujeres comentó que invocar la objeción de conciencia, es una medida que más instituciones están adoptando, retrasando el desarrollo de los derechos.

De acuerdo con el reportaje presentado por CNN Chile, en agosto de 2018, se realizó la protesta contra el aumento del 2% en las cotizaciones mensuales con Fonasa Plus, convocada por organizaciones civiles. En esta protesta se destacaron las palabras del presidente de la fundación Equidad Chile, Tomás Lagomarsino (2018), quien aseguró el derecho de la Salud es fundamental y que no respetarlos es un acto atentatorio contra las personas.

Junto con esto, un alza en los planes de las Isapre, generó movimientos como MESUBIERONELPLAN.CL, que informan a la ciudadanía qué hacer ante las irregularidades, qué hacer cuando se informan las alzas en los planes mediante una carta de adecuación junto a un formulario único de notificación u otros casos, como por ejemplo el recurso de protección de Juan Enrique Taladriz García contra Consalud S.A. donde la Segunda Sala de Tribunal de Valdivia, en el fallo unánime (causa rol 221-2016), consideró ilegal y arbitraria la decisión de no entregar cobertura de salud por enfermedades catastróficas.

Estos tres casos anteriores muestran como la sociedad está demandando no solo el acceso a la salud pública o privada, sino que, a todos los actores (Centros asistenciales, Fonasa, Isapre, Gobierno y otros) para que cumplan en velar por la entrega de un servicio de salud en condiciones dignas, sin abusos en los cobros y con coberturas que respondan a las necesidades de la gente, con un marco legal que permita la dignidad de cada persona.

Segundo, es importante prestar atención ante el desconocimiento de los ciudadanos respecto de lo que deben hacer al momento de presentar un dolor o

molestia física. Es conocida la realidad de los servicios de urgencia saturados de pacientes y extensos periodos de espera para ser atendidos por personal sanitario. Y aunque existen muchos reclamos contra la mala atención o el maltrato que se les da a los usuarios, es importante analizar el desconocimiento antes citado, como, por ejemplo, a qué centro asistencial se debe asistir, bajo qué síntomas o molestias, saber reconocer la gravedad de la consulta y lo que es llamado comúnmente como “Cultura de salud preventiva”.

En su reportaje del 27 de mayo de 2018, el Diario Concepción ejemplifica que la congestión de los sistemas de salud, sobre todo las urgencias, tienen un factor muy alto provocado por el mal uso de los usuarios de estos servicios. Por ejemplo, de acuerdo con el Servicio de Salud Concepción (2018), el 50% de las atenciones de urgencia del Hospital Regional, un centro de alta complejidad, podrían ser atendidas por un centro de salud primario, contrarrestando con el 35% manejado por el MINSAL para 2011.

Según la categorización de gravedad de los pacientes, C1 riesgo vital, C2, C3, C4 Y C5, estos últimos son los grandes provocadores de saturación del sistema en donde el Doctor Alfredo Davanzo, en 2018 en el Diario Concepción, explica que, de acuerdo con sus análisis, el 60% de los usuarios del sistema de urgencias, son categorizados como C4 y C5, los cuales no deberían ir a un hospital. Si las personas supieran que deben acudir a la atención primaria, Chile podría optar a tener un sistema de urgencia de primer nivel.

Tabla 12: 10 primeros países por entrega de visas, Ministerio del Interior de Chile entre 2005 y 2018

Puesto	País	Cantidad	%
1	Perú	530.672	28%
2	Colombia	263.303	14%
3	Venezuela	260.309	14%
4	Bolivia	217.201	12%
5	Haití	214.709	11%
6	Argentina	72.733	4%
7	Ecuador	59.542	3%
8	USA	34.236	2%
9	España	27.773	1%
10	China	27.160	1%

Fuente: Pagina web oficial Ministerio del Interior junio 2019

Tercero, la Salud y el movimiento migratorio en Chile durante los últimos 10 años. Tomando en cuenta la tabla de porcentaje de visas otorgadas por el Departamento de extranjería de Chile, muestra los diez países con más visas otorgadas, desde 2005 a 2018.

En la tabla N°12, se pueden ver las visas entregadas por el Ministerio del Interior de Chile entre el 2005 y el 2018, ranqueando a los 10 países con mayores entregas durante este periodo. Se puede concluir que la mayor cantidad de personas son habitantes sur americanos.

Aunque estos números no revelan el impacto en las instituciones públicas, es importante analizar en la tabla N°13 y la figura N°8 como ha aumentado la cantidad de visas entregadas a ciudadanos extranjeros, presentándose claramente un aumento del 60% entre las entregadas el 2018, sobre 2017.

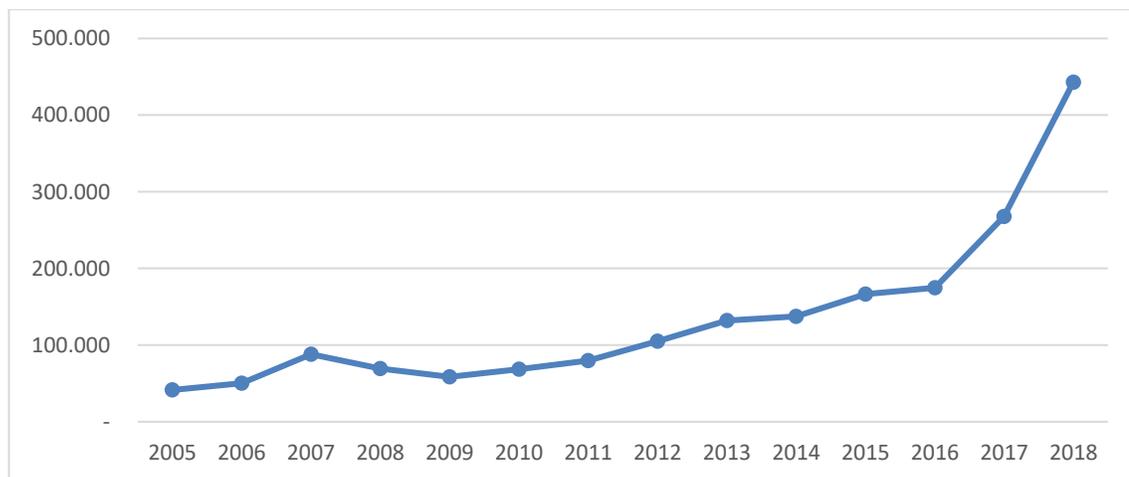
Tabla 13: Cantidad de visas entregadas por el Ministerio del Interior de Chile periodo 2008 - 2018

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N° de visas	69.390	58.667	68.458	79.848	105.087	132.143	137.370	166.464	174.966	267.591	443.041

Fuente: Pagina web oficial Ministerio del Interior junio 2019

Este efecto migratorio ha afectado al sistema prehospitalario, debido al uso de los recursos, pero también a las herramientas comunicacionales de las instituciones públicas que no están preparadas para enfrentar las barreras idiomáticas y culturales existentes, en un fenómeno que, hasta hace unas décadas, era casi inexistente.

Figura 8: Curva de visas entregadas por el Ministerio del Interior periodo 2005 - 2018



Fuente: Pagina web oficial Ministerio del Interior junio 2019

Las barreras idiomáticas, ante las olas migratorias fuertes, se ven reflejadas en no poder comunicarse claramente con el solicitante, el desconocimiento del sistema de salud en Chile a diferencia de los de sus países de origen, en donde las creencias y costumbres culturales, reflejan que, a pesar de todas las

campañas de generar profundización en otros idiomas, factores sociales propios de cada cultura, terminan afectando a una comunidad y a un país que aún no está preparado para la migración. En la tabla N°14 se señalan los puntos del análisis social realizado del SAMU Metropolitano.

Tabla 14: Resumen puntos Sociales

Social	
1	Demanda social por derecho a la salud, equitativo, justo y de calidad.
2	El desconocimiento de la población de a qué centro asistencial acudir.
3	La migración, está afectando a los recursos públicos y sus estrategias.
Oportunidades	
El Estado, como un ente comprometido con los ideales mundiales, debe Asegurar atención sanitaria a la comunidad, como un derecho universal y no exclusivo para sus residentes	
Amenazas	
Elegir medidas de inversión sanitaria más populares y valoradas por la población.	
Falta de educación a la población sobre los servicios asistenciales, cuales existen y como se usan.	

Fuente: Elaboración propia

3.1.1.4 Tecnológico

La tecnología es un aspecto fundamental en la toma oportuna de decisiones que pueden salvar vidas, no solo en el conocimiento de la urgencia de la persona que se encuentra al otro lado de la línea telefónica, sino también en el conocimiento de los recursos disponibles y cómo éstos se encuentran repartidos en la superficie geográfica, para la resolutivez del servicio Prehospitalario.

Primero, la Red de Salud, tiene como desafío manejar un lenguaje común en todos sus centros, de diferentes, por lo cual el uso de tecnologías y su comunicación instantáneas se transforman en una necesidad y una gran brecha se debe trabajar en su conjunto, incorporando el mundo prehospitalario en su amplia definición. Aún más, esta articulación puede generar grandes detectores de eventos centinelas, evento inesperado, como las redes integradas en otros países, lo hacen.

En la revista chilena de salud pública, volumen 21, de 2017, el punto de vista del abogado Gabriel Muñoz, de la Fiscalía de la Superintendencia de Salud en su artículo “La Ficha Clínica y la Protección de Datos de Salud en Chile: Jurisprudencia” es importante destacar que “la Contraloría fue manifiesta en establecer que el resguardo de los datos de salud abarca todo el momento de la atención, incluyendo el componente verbal de la información que le es entregada al paciente” Muñoz (2017, p 66).

De acuerdo con este punto de vista, la información del paciente, generada por las atenciones prehospitalarias, deben estar consideradas e incorporadas en las fichas clínicas que cada centro asistencial, para la toma de decisiones complementaria.

Segundo, tomando la percepción general de la Tecnología, es importante recalcar que el SAMU Metropolitano utiliza diferentes equipos, hardware para la solución de la problemática del transporte con ambulancias que cumplen normativas internacionales, las comunicaciones con sistemas radiales, telefonía con respaldo y grabación, GPS con transmisión instantánea y la toma de exámenes a pacientes con una gran variedad de equipos médicos, pero actualmente presenta una gran deficiencia en el área de los *software*, lo que produce grandes problemas en la generación y recopilación de datos.

Tercero, para el buen manejo de un paciente y junto a la tecnología, la generación de monitoreos del estado de toda la Red Asistencial, tanto pública como privada, es primordial, si se hablan de compromisos de salud a nivel, como es cumplir con los parámetros de la OMS (2008, 2019 y 2020), en donde el desarrollo de la Inteligencia Artificial y el manejo de Big Data debe ser integrado en todos los procesos asistenciales.

Se debe tomar en cuenta que Tecnología, se separa en dos partes, ***téchne***, que es el arte, técnica, oficio o destreza y ***logía***, el estudio de algo se puede entender. Dado en el contexto del desarrollo de los asistenciales del país, el SAMU Metropolitano está siendo un desarrollador de conocimiento y tecnología que no solo se basa en el uso de hardware y software, sino en la interpretación y manejo con destreza de su conocimiento y cómo esto permite un avance y desarrollo para la resolución de sus problemáticas diarias en la salud de la comunidad y la Red a la que pertenece.

Como cierre de este punto, a más de 20 años de los inicios del SAMU Metropolitano, hoy no está desarrollando y mostrando su conocimiento, no está tomando las herramientas ya disponibles en una Red diseñada solo para la interacción de los Centros Asistenciales, para amoldar y generar el lenguaje común, que le es tan necesario en su rol articulador.

En la tabla N°15 se señalan los puntos estudiados en el análisis Tecnológico del SAMU Metropolitano.

Tabla 15: Resumen puntos Tecnológicos

Tecnológico	
1	Información clínica del paciente al instante para la red.
2	Hardware y Software en la operatividad diaria.
3	Estado de la Red Asistencial, y disponibilidad de Recursos.
Oportunidades	
Desarrollo de plataformas y tecnologías integradas en la Red Asistencial, que potencien la información de los pacientes <i>in situ</i> .	
Amenazas	
Múltiples iniciativas no vinculadas y alineadas con la realidad y necesidad de la Red Asistencial.	

Fuente: Elaboración propia

3.1.1.5 Ambiental

Las variables del Ambiente son relevantes para la Institución, debido a que pone en juego la verdadera capacidad de respuesta del SAMU Metropolitano, sus equipos y sus apoyos, al tener que dar una respuesta ante emergencias de distinto tipo (terremotos, incendios de gran envergadura, riesgos sanitarios a la población u otros), para lo cual es fundamental tener los planes de contingencia, el personal preparado y los recursos, ante la ocurrencia de estos eventos.

Primero, de acuerdo con la ONEMI (2019), y su Plan Nacional de Emergencia, aprobado en el decreto exento N° 1.434, con fecha 29 de junio de 2017, tiene como objetivo “Establecer las acciones de respuesta en las distintas fases operativas, ante situaciones de emergencia, desastre o catástrofe, con el objetivo de brindar protección a las personas, sus bienes y medio ambiente, en el territorio nacional, a través de la coordinación del sistema nacional de protección civil”.

En el mismo documento se expresa claramente, en su título 3 “Levantamiento de Capacidades”, el rol, funciones y capacidades que deben tener los diferentes organismos, donde el Ministerio de Salud tiene un rol, funciones y capacidades, de las cuales, en este Proyecto, se señalan las de mayor impacto:

- Garantizar la continuidad de la atención de salud, mediante el traslado de pacientes, readecuación de dependencias, reorganización de la red de atención y fortalecimiento de los equipos de atención de urgencias, Prehospitalario y atención primaria.
- Coordinar el despliegue de equipos de respuesta rápida.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica, la vigilancia y control de los riesgos ambientales.

- Conformar comités operativos de emergencia (COE) en los distintos niveles de la red.
- Conformar equipos de respuesta rápida en el ámbito de la salud mental.

De acuerdo con esta responsabilidad, se reafirma que el SAMU Metropolitano debe estar preparado para ayudar a mantener el orden y las atenciones, siendo un articulador crítico de la Red en momentos de emergencias.

Segundo, siguiendo la idea, se desprende la importancia de tener los refuerzos y recursos, pensados para los niveles de impacto en los cuales se debe poner a prueba la capacidad de respuesta de la institución. De acuerdo con la tabla N°16 de niveles de impacto desarrollada por la ONEMI, la respuesta óptima del SAMU debe ponerse a prueba cuando se llega al nivel IV, entendiendo que la activación de los planes se inicia cuando se decreta un impacto de magnitud III.

Tabla 16: Niveles de Impacto y capacidad de Respuesta Onemi 2017

Nivel	Descripción	Coordinación	Clasificación
I	Situación atendida con recursos locales habituales disponibles	Nivel Local	Emergencia
II	Situación que es atendida con recursos locales adicionales dispuestos para emergencias, sin exceder su capacidad de respuesta.	Nivel Comunal	Emergencia
III	Situación que excede la capacidad local y/o comunal de respuesta.	Nivel Provincial y/o Regional	Emergencia (mayor o compleja)
IV	Situación que sobrepasa la capacidad regional de respuesta.	Nivel Nacional	Desastre
-	Situación que sobrepasa la capacidad nacional de respuesta.	Cooperación Internacional	Catástrofe

Fuente: Decreto exento n°1.434, Ministerio del interior y seguridad pública, junio 2017, pág. 16

Entendido este punto, se puede determinar que la contingencia ante fenómenos naturales u otro fenómeno que genere una emergencia compleja en donde asegurar la satisfacción de servicios sanitarios en condiciones adversas y fuera de los recintos asistenciales, es un mandato para el MINSAL, la Institución debe contar con los equipos y protocolos para una respuesta oportuna.

En la tabla N°17 se señalan resumidos los puntos más importantes del análisis Ambiental de este Proyecto, los que orientarán la generación de las relaciones que construirán nuestro SCG.

Tabla 17: Resumen puntos Ambientales

Ambiental	
1	Equipo humano preparado para contingencias sanitarias masivas.
2	Operatividad continua ante grandes catástrofes.
Oportunidades	
Aumento en la disponibilidad de recursos para dar respuesta ante todo evento a la población en un País con diversidad de fenómenos naturales.	

Fuente: Elaboración propia

3.1.1.6 Legal

Por ser una institución pública, antes de ser formada como un centro, ha existido un marco regulatorio conformado por un conjunto de leyes, decretos, normas y otros documentos oficiales que se aplican en la operatividad de todos los centros asistenciales, porque rigen dentro del marco de las acciones del MINSAL.

A continuación, se señalan algunas de las normativas más importantes que afectan al mundo Sanitario Nacional son:

- Constitución de la República de Chile, De los Derechos y Deberes Constitucionales.
- Decreto 136, Reglamento Orgánico Ministerio de Salud.
- Decreto 140, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
- Decreto con fuerza de ley N° 725, decreto 725, Código Sanitario.
- Ley 20.584, Regula los Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley 18.290, Ley del tránsito del Ministerio de Justicia.
- Decreto 420 exento, Crea el centro metropolitano de atención prehospitalaria de alta complejidad.
- Decreto exento N° 1.434, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Plan Nacional de Emergencia.
- Decreto Exento N° 50, Manual de operaciones multi institucional ante emergencias.
- Norma general técnica N° 17, Sistema de atención médica de urgencia (SAMU) publicada en Resolución exenta N° 338.
- Norma general administrativa N° 12 MINSAL, Procedimiento para reconocimiento de unidades de atención prehospitalaria (SAMU) Resolución exenta N° 1203.

- Exenta 467, Aprueba norma técnica 149 sobre estándares de información de salud, estándares de atención de urgencia de los niveles de alta, mediana y baja complejidad y de la APS.

Dentro del marco legal más importante para el SAMU, existen dos Leyes que son muy atingentes a la UEN: la Ley 20.584 referente a los derechos y deberes de los pacientes y la Ley 18.290 referente a la Ley del Tránsito.

Primero, la Ley 20.584 en sus 5 títulos, hace explícitos los derechos exigibles por las personas en el territorio nacional para recibir prestaciones de salud, sin importar el prestador. Define qué es un prestador de salud, la obligatoriedad del cumplimiento de las normativas vigentes, el derecho a la compañía y asistencia espiritual, los derechos a la información que pueden ser exigidos por los pacientes, los derechos a la información financiera, la reserva de la información de la ficha clínica, la voluntad de aceptar o rechazar una prestación de salud, los derechos de las personas con discapacidades y el pago de dosis de medicamento, entre otros puntos relevantes.

Esto obliga a los prestadores de atenciones sanitarias a cumplir con normativas claras, que independiente de los servicios que presten, debe existir un respaldo para procesos administrativos obligatorios, inseparables del actuar sanitario.

Segundo, tomando en cuentas los compromisos internacionales, de un país perteneciente a la ONU y que sigue los lineamientos de la OMS, el compromiso con la seguridad y el bienestar de las personas que habitan en su territorio, compromete al Estado de Chile, a velar por prestar y mejorar sus servicios asistenciales, asegurando no solo el presupuesto, en cual en la tabla N°10, se puede ser el aumento año tras año, sino el desarrollo de sus servicios.

Los acuerdos internacionales, se transforman en un desafío a nivel nacional, teniendo que considerar que suscribirse a ellos, obliga a generar las mejoras del sistema interno, para ser considerado como un país comprometido con la sociedad que protege.

En la tabla N°18 se señalan resumidos los puntos más importantes del análisis legal, seguidos por las oportunidades y amenazas detectadas, que serán tomados en los capítulos próximos, donde se consolidarán las amenazas y oportunidades. Las tablas resúmenes creadas en cada uno de los puntos del análisis PESTEL, entregan información, que sirve para ir consolidando o el análisis FODA, junto con otros más a medida que el Proyecto avanza.

Tabla 18: Resumen puntos Legales

Legal	
1	Legislación de obliga a los procesos no solo asistenciales, sino administrativos.
2	Compromiso en acuerdos internacionales generan deberes internos
Oportunidades	
Proteger y fomentar el desarrollo de las iniciativas actuales y nuevas en cuanto a las respuestas sanitarias del país.	
Amenazas	
Limitación de los rangos de acción de la institución, debido a la lenta evolución legislativa.	

Fuente: *Elaboración propia*

3.1.2 Análisis Microentorno.

De acuerdo con lo expuesto por Porter (1982), en su libro Estrategia Competitiva, es esencial entender como una empresa va a competir en la industria en la que se desenvuelve, en donde se definen las metas y políticas que se requieren para alcanzarla.

De acuerdo con la mirada de Anthony y Govindarajan (2008) en donde la referencia más cercana a un servicio prehospitalario, son los centros asistenciales, hace referencia que deben tener la flexibilidad para adaptarse a los cambios, ya sea para ofrecer más servicios o eliminarlos, en este caso, la rentabilidad financiera no es un factor fundamental.

Es importante recalcar también que es fundamental entender las fuerzas sociales y económicas que intervienen en la industria, es por este motivo que se vuelve fundamental entender la intensidad de los competidores de la industria, siguiendo el modelo de las 5 fuerzas de Porter (1982).

Otra visión que hace fundamental el análisis de Porter en el Proyecto está basada en que, aunque el SAMU Metropolitano es una institución pública, y con un análisis PESTEL se obtiene una imagen de su entorno, es pertinente realizar el análisis de las 5 fuerzas de Porter (1982), basado en las siguientes premisas:

- Institución nueva y en proceso de crecimiento, el implementar una herramienta como esta, generará mayor precisión para identificar y conocer la industria y otras iniciativas exitosas.
- Su presupuesto e inversión dependen de la relevancia que tienen en la Red y de otros servicios prehospitalarios, de diferente naturaleza.

- Se desconoce realmente quienes son sus sustitutos, debido a la creencia de ser únicos e irremplazables, sin entender si existen amenazas y oportunidades no detectadas.
- Su rol en la Red Asistencial, por desconocimiento del sistema prehospitalario es poco claro e impreciso, por consiguiente, para realizar Benchmarking, es fundamental estudiar en detalle su entorno.
- Existen muchas iniciativas prehospitalarias de diferentes índole y complejidades que no son consideradas en otros análisis.

Estos puntos son los que fundamentan el uso de esta herramienta de análisis que entregará un aporte en el desarrollo del Proyecto y un conocimiento más preciso de los desafíos futuros a enfrentar.

3.1.2.1 Competidores de la Industria, Rivalidad entre empresas actuales

Es preciso entender, que las cualidades del servicio prehospitalario del SAMU Metropolitano hacen difícil reconocer a sus competidores, pero en un análisis más detallado, de acuerdo con lo observado en la institución, se aprecian cuatro tipos de rivalidades, de acuerdo con las intenciones en estas áreas, las cuales se exponen a continuación.

- **Competidores por Servicio Prehospitalario:** es en este punto donde aparece una primera rivalidad, debido a que no existe otro servicio prehospitalario público similar en la región y los servicios prehospitalarios privados carecen de la cobertura que entrega el SAMU en la región, pero se deben mencionar los servicios puntos importantes:
 - Salud Responde, del Ministerio de Salud, que es encargado de gestionar y orientar a la población ante sus dudas de salud, pero no realiza acciones de envío de ambulancias o equipos a lugares donde se generen eventos que necesiten del apoyo de equipos de Salud.
 - Servicios de ambulancias como HELP, Clínica Alemana, Clínica Las Condes o municipales que son los equipos más cercanos al servicio de traslado primario o secundario, pero no cumplen con dos de las condiciones fundamentales de la UEN del SAMU, ser gratuitos y entregar cobertura en la mayor cantidad de las 52 comunas de la región. Estos servicios limitan sus atenciones a los afiliados o áreas de acción.

De acuerdo con estos puntos, la conclusión de acuerdo con el análisis es que existe un bajo nivel de competidores del servicio prehospitalarios, a pesar de la diversidad existente. Nivel de Rivalidad Bajo.

- **Competidores por cobros de servicios de traslados:** este punto es fundamental para la ampliación de recaudación de fondos de la institución, esto se debe a que las clínicas privadas que cuentan con los medios del servicio prehospitalario (Clínica Las Condes, Clínica Alemana y otras) agregando los costos de traslados y procedimientos, al momento de cobrar la atención completa. Por otro lado, los centros asistenciales de alta complejidad a los cuales el SAMU entrega pacientes, algunos integran el cobro del servicio total entregado, un problema que debe ser solucionado en el corto plazo. Nivel de Rivalidad Alto.
- **Competidores por cobros de SOAP:** este punto es relevante, debido a que es donde se encuentra la rivalidad más alta, motivado por el factor de la rapidez con que se debe realizar el cobro al fondo del SOAP, seguro obligatorio de accidentes personales, el cual es solidario, pagado por el orden de cobro y se entrega a las instituciones sin asegurar cobertura a la totalidad de las solicitudes, en donde muchas veces no se toma en cuenta quien ha realizado el traslado y quien presto el servicio final.

Además, para el cobro del SOAP, es fundamental tener toda la documentación, lo que significa horas de trabajo administrativo, junto a un equipo para realizar las tareas necesarias, situación para la cual el SAMU no está preparado. Nivel de Rivalidad Alto.

- **Competidores de servicios Municipales:** este punto en específico es el más cercano competidor del SAMU Metropolitano, por presentar una cualidad muy importante, el Servicio Gratuito. Aunque existe igualdad en el aspecto mencionado, es fundamental recalcar la diferencia de complejidad que ambos servicios prestados.

El SAMU Metropolitano presenta servicios de traslado primario, secundarios y la gestión telefónica, con una característica de atender eventos críticos, donde se pueda atender situaciones con riesgo vital, a diferencia de los servicios municipales, que no cuentan con la especialización necesaria para esos casos. Los servicios prehospitalarios municipales son de naturaleza no

critica, similares en complejidad con los servicios de cuidados paliativos o como gestores en caso de encontrar una emergencia. Nivel de Rivalidad Bajo.

En la Tabla N° 19, se muestra un resumen de los análisis realizados, junto con las Oportunidades y Amenazas encontradas, la cuales serán procesadas y trabajadas en un consolidado, que unifique las ideas, para el desarrollo del Proyecto.

Tabla 19: Resumen Rivalidad entre Empresas actuales

Rivalidad entre empresas actuales
Competidores por Servicio Prehospitalario: Baja Rivalidad
Competidores por cobros de servicios de traslados: Alta Rivalidad
Competidores por cobros de SOAP: Alta Rivalidad.
Competidores de servicios Municipales: Baja Rivalidad
Oportunidades
El modelo de negocio de los servicios públicos, buscan beneficio social, sin tener como limitación la rentabilidad financiera, permitiendo margen de acción en áreas poco atractivas.
Amenazas
Existe una recurrencia en crear nuevas iniciativas públicas desarticuladas que no perfeccionan las actuales y facilitan procesos asistenciales.

Fuente: Elaboración propia

3.1.2.2 Proveedores, poder de negociación de los proveedores

Es fundamental entender que solo existen tres formas de realizar una compra por parte de una institución pública, cada una tiene su propia regulación y forma de ejecución, algunas filtran a los proveedores previa regulación estatal, otras generan las reglas de negociación y otra una negociación con el proveedor.

- **Proveedores en Mercado Público:** este caso es uno de los más regulados y debería ser el más usado, al momento de adquirir los productos que se necesitan. Aquí el poder del proveedor es muy bajo, debido a que se encuentra normado por Chile Compras, organismo público, que genera el catálogo de productos, en donde se pueden elegir libremente los insumos y el proveedor está obligado a responder en los plazos estipulados por catálogo, sin poder modificar o realizar cambios desfavorables para las instituciones del estado. Nivel de Negociación Bajo.
- **Proveedores por Licitación:** este caso, es el que permite la libertad a la institución de solicitar bienes o servicios, no estipulados en Mercado Público, con montos de compras de acuerdo con los parámetros de CGR, Contraloría

General de la República, en donde las bases de licitaciones generan la relación contractual entre las partes. El poder del proveedor es bajo, debido a que cuando se celebra el contrato de la licitación, ambas partes se obligan a cumplir con las normas estipuladas, por lo cual el cambio de normas sobre una licitación vigente no puede ser unilateral. Nivel de Negociación Bajo.

- **Proveedores por Trato Directo:** Es aquí, en donde el proveedor tiene un alto poder de negociación, debido que para realizar un trato directo se deben dar un conjunto de condiciones, que no permiten realizar una compra por mercado público ni realizar una licitación, por diferentes motivos: a) que el bien o servicio necesario no esté en mercado público, o no sea un servicio accesorio, b) que los montos de la compra no califiquen para realizar una licitación y c) que la naturaleza de la necesidad genere una urgencia que no permita esperar a un proveedor o es único.

En este formato de compra, distinto a los dos anteriores, se pueden conseguir muchos de los insumos del sistema prehospitalario, por no estar contemplados en el catálogo de Chile compras, aunque la incorporación se realiza anualmente, rectificando e incorporando nuevos productos para todo el sistema público, haciendo imposible incorporar todo el stock de productos y servicios necesarios para el SAMU. Nivel de Negociación Alto.

Tabla 20: Resumen Poder de negociación de los proveedores

Poder de negociación de los proveedores
Proveedores en Mercado Público: Bajo Poder
Proveedores por Licitación: Bajo Poder
Proveedores por Trato Directo: Alto Poder
Amenazas
La falta de sistema y normativas modernas pone en juego procesos continuos críticos de la entrega de servicios asistenciales.
Falta de modernización del estado y reguladores, pone en riesgo la mejora de procesos internos de otras instituciones y su imagen ante la población.

Fuente: *Elaboración propia*

3.1.2.3 Poder de negociación de los clientes

El sistema Prehospitalario público tiene ciertas condiciones que hacen posible una negociación real entre los pacientes o quienes utilizan las prestaciones, debido a que el 131 es un teléfono de urgencias, con tipos de distinción solo si corresponde envío de ambulancia o no, de acuerdo con el cuadro sintomático que se describe.

Pero existen dos tipos de decisiones que le dan poder a los pacientes o al acompañante, que en ni un momento pueden generar una negociación, por lo cual el nivel de poder depende de las circunstancias que se presentan a continuación:

- **En estado consciente:** su poder de decisión es muy alto, debido a que el paciente puede negarse a recibir el servicio sanitario, aun cuando se encuentre muy grave y la evaluación del equipo sanitario indique que su nivel de conciencia se encuentra al 100% y tiene gran riesgo de complicación, respetando su voluntad. Nivel de Negociación Alto.
- **En estado inconsciente:** en este sentido es muy baja, aquí prima la Constitución de Chile, en donde la vida de una persona se pone por encima de todo, realizando la atención que sea necesaria para salvar una vida, a menos que un familiar cercano que se encuentre presente, tome las decisiones, acatando o negando la prestación de los servicios. Nivel de Negociación Bajo.

Tabla 21: Resumen Poder de negociación de los clientes

Poder de negociación de los clientes
En estado consiente: Nivel Alto.
En estado inconsciente: Nivel Bajo.
Oportunidad
Existe un deber por parte del Estado, en proporcionar atención sanitaria a quienes no tienen capacidad de decisión o posibilidades de atención, como derecho universal.

Fuente: *Elaboración propia*

3.1.2.4 Amenaza de nuevos participantes.

Con respecto al ingreso de nuevos participantes al sistema prehospitalario, aquí existe una baja amenaza, debido a tres puntos de vistas fundamentales que tiene el sistema prehospitalario público, que es imposible replicar en el sector privado:

- **Servicio gratuito para el paciente:** en el SAMU Metropolitano y todos los SAMU del país no existe cobro ni forma de amarrar la entrega del servicio a un cobro, lo cual no hace atractivo este servicio en toda la región. Solo es atractivo cuando se puede vender el derecho a solicitar las prestaciones con pagos mensuales. Nivel de Amenaza Baja.
- **Integración Vertical con los Centros Asistenciales Públicos:** A pesar de no existir una gran integración con los centros asistenciales públicos, el

SAMU Metropolitano es un articulador natural de la Red, por lo cual su llegada es expedita, sin cobros y en toda la región, tanto en traslados primario como secundarios. Nivel de Amenaza Baja.

- **Altas Barreras de Entrada:** Las ambulancias tienen múltiples barreras para poder funcionar para la comunidad, normas sanitarias, autorizaciones, cumplimientos de estándares, clasificaciones y otros, lo que no hace fácil que las ambulancias privadas puedan ejecutar procedimientos a los pacientes y tener el rol articulador en la red asistencial. Las ambulancias públicas, de acuerdo con su naturaleza, están facultadas a realizar los procedimientos por su figura legal, sin tener que solicitar las aprobaciones de los entes fiscalizadores al momento de realizar las compras y su operatividad. Nivel de Amenaza Baja.

Tabla 22: Resumen Amenaza de nuevos participantes

Amenaza de nuevos participantes
Servicio gratuito para el paciente: Nivel Bajo.
Integración Vertical de Centros Asistenciales: Nivel Bajo.
Barreras de Entrada: Nivel Bajo
Oportunidades
Red Asistencial Público puede generar “Simbiosis” entre sus miembros, para la mejora en la entrega de la atención de salud.

Fuente: *Elaboración propia*

3.1.2.5. Amenaza de productos o servicios sustitutos.

Debido a que, en el área de la Salud, todo depende de la gravedad de los pacientes de acuerdo con su categorización, es muy difícil encontrar un servicio sustituto, porque no hay forma de rescatar a un paciente que se encuentra en condiciones de compromiso vital, sin tener el conocimiento necesario.

En primera instancia, se debe reconocer que para la complejidad de los casos que maneja el SAMU Metropolitano, es difícil encontrar un sustituto para su, debido a la dependencia del tipo de solicitud, como veremos en capítulos posteriores, existe una fuerte relación entre la relación con el Usuario y los tipos de canales que tiene la Institución, debido a que no existen servicios Pos Entrega del servicio.

A pesar que en países como Israel, Alemania, Estados Unidos, Nueva Zelanda o Francia, se han incorporados nuevas herramientas como hospitales virtuales, drones con equipos médicos fáciles de manejar, equipos de primeros

respondedores o equipos de respuesta rápida tanto sanitaria como de orden civil, la respuesta con equipos de trabajo en el lugar del suceso, cada vez es más compleja y oportuna la forma de responder, por lo cual la amenaza de sustitutos es muy baja, debido a que nada sustituye el trasladar a los pacientes a los centros asistenciales o atención oportuna en el lugar. Nivel de Amenaza Baja.

Tabla 23: Resumen Amenaza de productos o servicios sustitutos

Amenaza de productos o servicios sustitutos.
La posibilidad de sustituto: Nivel Bajo.
Oportunidad
Existe una integración implícita en la Red Asistencial, que puede ser potenciada para la mejora en la atención, potenciando las posibilidades de respuestas conjuntas.
Amenazas
La mirada de las políticas públicas se centra en problemáticas generales, lo que dificulta el avance de iniciativas de nicho.

Fuente: Elaboración propia

En resumen, todos los aspectos de las 5 fuerzas de Porter, con las Oportunidades y Amenazas encontradas, para en análisis FODA, se relacionarán en conjunto con el análisis PESTEL.

3.1.3 Oportunidades y Amenazas obtenidas del Análisis Externo

De acuerdo con las tablas resúmenes realizadas en los análisis de macro y microentorno, se han agrupado todas las Oportunidades y las Amenazas, en grandes categorías, que proporcionan líneas claras para el desarrollo del futuro FODA, basados en los subpuntos recogidos de los análisis anteriores, se desarrollará un análisis, que buscar las verdaderas fuerzas competitivas donde el SAMU Metropolitano podrá actuar.

Desde la mirada de Thompson et al. (2012), las fuerzas competitivas existentes en el Sector Asistencial deben ser aprovechadas para el posicionamiento institucional, en donde las fuerzas negativas necesiten del desarrollo de estrategias que protejan a futuro al SAMU Metropolitano, para mantener su dirección.

Bajo esta misma mirada, se revisaron y buscaron “Impulsores del Cambio” de acuerdo con Thompson et al. (2012), los cuales, rodean a la Institución en un entorno Externo e Interno, es por eso por lo que se genera la tabla N°24.

Tabla 24: Impulsores del Cambio para Generar Oportunidades

Necesidad de crear objetivos enfocados en la Salud Pública a largo plazo, con miras a modelos sostenibles en el tiempo, integrados unos con otros en la Red Asistencial.	Derecho a la Salud	Desarrollo de la Red Asistencial	
Necesidad de la Red asistencial de un articulador que conecte lo extra y lo intrahospitalario.	Derecho a la Salud		
Existe una defensa presupuestaria en el área de la Salud, independiente de la situación económica del País.	Responsabilidad País	Derecho a la Salud	
El Estado, como un ente comprometido con los ideales mundiales, debe Asegurar atención sanitaria a la comunidad, como un derecho universal y no exclusivo para sus residentes	Derecho a la Salud	Responsabilidad País	Desarrollo de la Red Asistencial
Desarrollo de plataformas y tecnologías integradas en la Red Asistencial, que potencien la información de los pacientes <i>in situ</i> .	Desarrollo de la Red Asistencial		
Aumento en la disponibilidad de recursos para dar respuesta ante todo evento a la población en un País con diversidad de fenómenos naturales.	Responsabilidad País	Derecho a la Salud	Desarrollo de la Red Asistencial
Proteger y fomentar el desarrollo de las iniciativas actuales y nuevas en cuanto a las respuestas sanitarias del país.	Desarrollo de la Red Asistencial	Responsabilidad País	Derecho a la Salud
El modelo de negocio de los servicios públicos, buscan beneficio social, sin tener como limitación la rentabilidad financiera, permitiendo margen de acción en áreas poco atractivas.	Responsabilidad País	Derecho a la Salud	Desarrollo de la Red Asistencial
Existe un deber por parte del Estado, en proporcionar atención sanitaria a quienes no tienen capacidad de decisión o posibilidades de atención, como derecho universal.	Responsabilidad País	Derecho a la Salud	
Red Asistencial Pública puede generar "Simbiosis" entre sus miembros, para la mejora en la entrega de la atención de salud.	Desarrollo de la Red Asistencial	Responsabilidad País	
Existe una integración implícita en la Red Asistencial, que puede ser potenciada para la mejora en la atención, potenciando las posibilidades de respuestas conjuntas.	Desarrollo de la Red Asistencial	Derecho a la Salud	

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el análisis de las oportunidades de cada punto de los Análisis de Macroentorno y Microentorno, se observan repeticiones de Impulsores del Cambio, los cuales centrarán el desarrollo de tres Oportunidades para el SAMU Metropolitano, que se presentan a continuación:

- **O1** Creciente mirada en el derecho a la Salud de las personas en aumento de prestaciones y fortalecimiento del desarrollo nacional.
- **O2** Necesidad de desarrollo de la Red Asistencial en el monitoreo de la población para aumentar la resolutividad sanitaria.
- **O3** Responsabilidad del País de entregar una respuesta sanitaria de emergencias en todo momento y a toda la población.

De igual manera, Thompson et al. (2012), plantea que las fuerzas competitivas existentes en el Sector Asistencial y su entorno generan factores que amenazan los beneficios de la Institución, donde existen múltiples variables como limitaciones legales, avance de tecnología, cambios demográficos, entre otros, que afectan el futuro y la valoración del Servicio Prehospitalario.

Siguiendo el mismo criterio, se revisaron y buscaron los “Factores de Amenazas” de acuerdo con Thompson et al. (2012), los cuales rodean a la Institución en un entorno Externo e Interno, de acuerdo con todas las amenazas señaladas, esto podría demostrar que todas las amenazas son un factor en si o existen factores comunes, que ayudarán a generar amenazas unificadas.

Tabla 25: Factores de Amenazas para Generar Amenazas

Iniciativas de Políticas públicas centradas en los centros asistenciales como la respuesta sanitaria preferente.	Foco en Centros Asistenciales	Planificación de presupuestos de corto plazo	
Existe una mirada centralizada en solucionar la salud pública con inversión en centros asistenciales de alta complejidad abierta o cerrada.	Foco en Centros Asistenciales	Limitaciones de Desarrollo	Planificación de presupuestos de corto plazo
Elegir medidas de inversión sanitaria más populares y valoradas por la población.	Foco en Centros Asistenciales	Planificación de presupuestos de corto plazo	
Falta de educación a la población sobre los servicios asistenciales, cuales existen y como se usan.	Limitaciones de Desarrollo		
Múltiples iniciativas no vinculadas y alineadas con la realidad y necesidad de la Red Asistencial.	Planificación de presupuestos de corto plazo		
Limitación de los rangos de acción de la institución, debido a la lenta evolución legislativa.	Limitaciones de Desarrollo	Planificación de presupuestos de corto plazo	
La falta de sistema y normativas modernas pone en juego procesos continuos críticos de la entrega de servicios asistenciales.	Limitaciones de Desarrollo	Planificación de presupuestos de corto plazo	
Falta de modernización del estado y reguladores, pone en riesgo la mejora de procesos internos de otras instituciones y su imagen ante la población.	Planificación de presupuestos de corto plazo	Foco en Centros Asistenciales	Limitaciones de Desarrollo
La mirada de las políticas públicas se centra en problemáticas generales, lo que dificulta el avance de iniciativas de nicho.	Foco en Centros Asistenciales	Planificación de presupuestos de corto plazo	

Fuente: Elaboración propia

Utilizando el mismo criterio anterior, en la tabla N°25, con el análisis de las amenazas de cada punto de los Análisis de Macroentorno y Microentorno, se vuelve a observar repeticiones en los factores de amenazas, los cuales centrarán

el desarrollo de tres Amenazas para el SAMU Metropolitano, que se presentan a continuación:

- **A1 Cambios en las políticas de presupuesto por decisiones gubernamentales basadas en los resultados de corto plazo.**
- **A2 Lenta evolución de la legislación nacional en aspectos que limitan el desarrollo e inversión de los servicios a la comunidad.**
- **A3 Iniciativas de inversión y desarrollo centradas en los Centros Asistenciales intrahospitalarios, por su relevancia social.**

Estas Oportunidades y Amenazas serán revisadas en el Consolidado del FODA, una vez que se hayan definido las Fortalezas y Debilidades del SAMU Metropolitano.

3.2 Análisis Interno

En este punto, de acuerdo con la línea de desarrollo de este Proyecto, se realizará el análisis interno, el que constará de tres puntos relevantes, para encontrar las fortalezas y debilidades de la institución, las cuales son: a) la Cadena de Valor, b) el Análisis de Recursos y c) el Análisis de Capacidades.

Para los autores Thompson et al. (2012), realizar el análisis de recursos y capacidades entrega una herramienta poderosa al proyecto, que no solo ayuda a generar óptimos de los activos de la Institución, sino que además y dimensionar si se pueden generar las bases para el éxito y cumplimiento de los objetivos del SAMU Metropolitano.

Antes de realizar los Análisis de Recursos y Capacidades, es esencial mostrar la Cadena de Valor de la institución, que es la herramienta que señala los procesos que permiten la realización de los servicios, Actividades Primarias, y los que apoyan la ejecución de cada uno de ellos, Actividades de Apoyo. Para este Proyecto no se incorporó el proceso de finanzas, por un motivo fundamental, es una actividad que se debe realizar si o si, por lo cual cualquier ejecución equivocada o imprecisa de este proceso, solo afecta al comportamiento de los funcionarios, pero no ayuda a la captura de valor.

3.2.1 Cadena de Valor

En el Libro “Ventaja Competitiva” de Porter (1991), se expresa que una empresa no puede ser comprendida como un todo, es más, ejemplifica que existen múltiples actividades que pueden contribuir a la posición de costo relativo de las empresas y crear una base para la diferenciación.

La Cadena de Valor está definida como “un conjunto de actividades que se desempeñan para diseñar, producir, llevar al mercado, entregar y apoyar a sus productos o servicios” Porter (1991, p 52), es por eso por lo que la Cadena de Valor refleja la historia y el enfoque con el que se quiere implementar la estrategia de la empresa, tomando en cuenta las economías fundamentales de cada una de sus actividades.

Figura 9: Cadena de Valor del SAMU Metropolitano

Actividades Primarias										MARGEN
Gestión Telefónica										
Traslados Primario e Intervención										
Transporte Secundario										
Gestión de Flota	Monitoreo RED de Urgencia	Control Operativo Diario	Apoyo Jurídico	Control de Gestión	Capacitación y formación	Abastecimiento y compras	Comunicaciones	Gestión de RR HH	Calidad	
Actividades de Apoyo										

Fuente: Elaboración propia

La virtud de la Cadena de Valor es expresar la ventaja competitiva que tiene una empresa sobre otra, destacando sus actividades donde puede generar valor y hacer que las personas la prefieran. En este caso, lo importante de esta cadena de valor, es demostrar porque el sistema prehospitario es un articulador en la Red Asistencial y como este se incorpora como actor clave en la región para no solo dar una respuesta movilizada, sino también como apoyo a las urgencias de los centros asistenciales y otras iniciativas.

En la figura N°9, se aprecia el modelo de Cadena de valor del SAMU Metropolitano, confeccionados para este Proyecto, destacando como actividades de apoyo, aquellas que se vuelven más estratégicas al momento de realizar las actividades primarias, sacando actividades fundamentales en toda organización como remuneraciones, que deben cumplirse si o si, para que todo esto funcione y no entregue valor como actividad, para realizar el análisis del Proyecto.

Aunque el sentido de este Proyecto no es generar una ventaja competitiva, la aplicación de la Cadena de Valor como herramienta básica para analizar las fuentes que permiten generar captura de valor en la institución, es esencial para generar un Sistema de Control de Gestión que pueda ser exitoso.

3.2.1.1 Actividades Primarias

Como se señaló en la unidad estratégica de negocio, las actividades primarias son tres, basadas en los Servicios, este último definido como actividades asociadas con las prestaciones para realizar o mantener el valor. Pero el desarrollo de estas tres actividades también tiene complejidades en las jefaturas que dirigen el minuto a minuto de sus desarrollos.

De igual manera, Regulación e Intervención, están compuestos en más del 90% de sus funcionarios, por rotativas de turno, ya sean cada 12 o 24 horas, en donde todo el equipo es reemplazado por la siguiente rotativa. Este cambio simultaneo, genera momentos de ajuste de entrega de turno en los procesos y no existe un ordenamiento priorizado de quienes deben ser relevados primero y segundo, de acuerdo con sus responsabilidades.

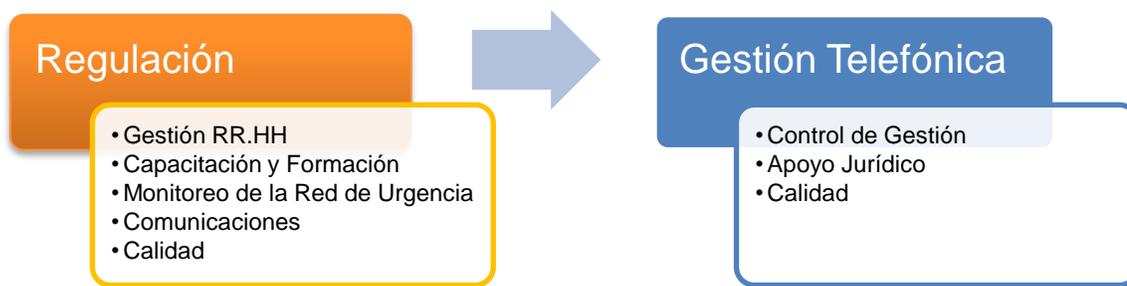
Este punto, genera una gran vulnerabilidad en todo el sistema asistencial prehospitalario, pensando que a la misma hora se está generando el mismo evento de recambio de personal en todas sus bases distribuidas incluido el Centro Regulador. Estos cambios, también generan problemas con los equipos que soportan las actividades de apoyo, con jornada laboral diurna, por enfrentar dificultades en la continuidad de la información operativa y las comunicaciones con los eventos sucedidos. Tomando en cuenta lo anterior, las actividades primarias son las siguientes, aunque ya fueron definidas en la UEN:

3.2.1.1.1 Gestión Telefónica.

La gestión telefónica, es el resultado de la atención de una llamada telefónica, debidamente modelado por el Centro Regulador, generando un resultado, ya señalados en la UEN. De acuerdo con los datos oficiales de Estadística del SAMU

Metropolitano 2020, más del 50% de las llamadas, son derivaciones específicas de una Gestión Telefónica, el primer servicio que este Proyecto ha establecido, que tiene relevancia en la satisfacción ciudadana.

Figura 10: Esquema de Gestión Telefónica, relacionada con las actividades de apoyo.



Fuente: Elaboración propia

Para que esta actividad se lleve a cabo, desde la gestión del recurso humano para la operatividad completa del Centro Regulador, se requiere de una constante capacitación de los funcionarios, un monitoreo de la Red Asistencial, realizado por el centro de alerta temprana (CAT), la realización del control operativo diario que permite ver disponibilidades de recursos, un constante control de calidad y un excelente desempeño de las comunicaciones.

Las actividades de Calidad, Control de Gestión y Apoyo Jurídico deberían alienar sus desempeños en retroalimentar el proceder del servicio y aclarar dudas de casos en donde queda la incertidumbre por parte del equipo clínico, sobre la forma en que se procedió y el verdadero nivel de gestión de la unidad. La figura N°10 muestra la actividad de la Gestión Telefónica.

Tabla 26: Resumen puntos Gestión telefónica

Gestión Telefónica	
1	Es una actividad que puede terminar en si misma o derivar en la activación de otras actividades derivadas
2	Las actividades de soporte son fundamentales para la realización de la gestión telefónica.
3	Es fundamental en la percepción del servicio del SAMU por ser la puerta de entrada.
4	No depende de la totalidad de las actividades de apoyo de la Cadena de valor
Debilidad	
Falta de alineamiento en las actividades que apoyan a la mejora futura de los estándares de la Gestión Telefónica	

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.1.2 Traslados Primario e Intervención.

Los Traslados primarios como se definió en los primeros capítulos del Proyecto, están definidos como la asistencia personal de un paciente, derivada de una llamada realizada al 131 por parte de la población, en donde al estar en forma presencial, se puede verificar el real estado de la persona atendida, tomando la decisión de trasladarlo a un centro asistencial o no.

Los traslados primarios que pueden ser realizados por los tres tipos de ambulancias existentes, M1, M2 y M3, dentro de la Cadena de Valor, necesitan de todas las actividades de apoyo por ser una actividad de contacto pleno con el paciente, el cual se encuentra protegido por la Ley de Derechos y deberes.

Es fundamental saber, que al igual que en los traslados secundarios, las actividades de apoyo soportan a las dos unidades, Regulación e Intervención, para lograr la entrega de un servicio oportuno, bajo estándares establecidos y esperados, es por eso, que en este caso, actividades como el control operativo permiten ver la conformación de la flota para dar una respuesta a la solicitud, que no será una orientación telefónica, sino un despacho de ambulancia, el que se vuelve una herramienta fundamental en la toma de decisiones, al igual que todo lo relacionado a la gestión de flota, en donde mantener el 100% de disponibilidad de ambulancias para la conformación de equipos, es estratégico para la respuesta prehospitalaria.

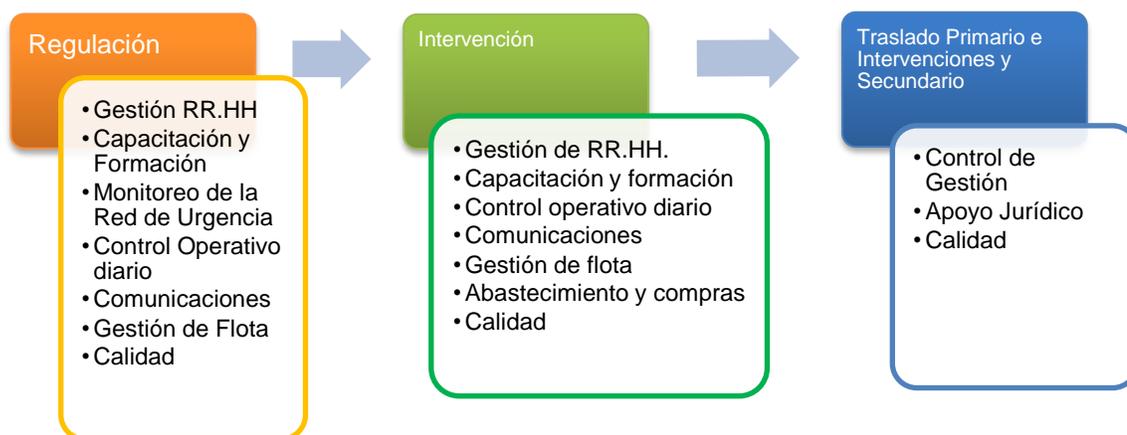
Es aquí donde de acuerdo con la figura N°11, a diferencia de la figura N° 10, aparece Intervención, unidad que, de acuerdo con la cadena de mando, depende de las decisiones Clínico-Operativas del Centro Regulador y a la vez desde lo administrativo tiene injerencia en su gestión, actividades de apoyo como la Gestión del RR.HH. para asegurar la operatividad al 100% con las asignaciones de turno, reemplazantes, programación de vacaciones y otros. En la misma línea, al igual que a los funcionarios del Centro Regulador, la capacitación y formación es un proceso fundamental para cada miembro de la Intervención del SAMU, con esta actividad se intenta mitigar al máximo los riesgos en la atención a personas.

El Control Operativos, al igual que en el Centro Regulador, para la Intervención es una actividad que presenta la conformación de los equipos, apoyando a la contingencia de la disponibilidad de recursos y la capacidad de respuesta.

Las comunicaciones, como herramientas de gestión, son importantes entre el Centro Regulador y los equipos de Intervención, debido a que estos no pueden

realizar acciones de carácter Médico, si no son autorizados por el profesional de turno, o en su defecto, de existir problemas en el lugar del evento, tanto el Médico Regulador como los Supervisores, dependiendo el tipo de ambulancia, son los encargados de cancelar los procedimientos en curso.

Figura 11: Esquema de Traslado Primario y Secundario y actividades de apoyo



Fuente: Elaboración propia

Los equipos de Intervención dependen un 100% de la disponibilidad de ambulancias en estado óptimo, para poder realizar los traslados y atenciones asistenciales, por consiguiente, la Gestión de flota se transforma en una actividad estratégica para la operatividad diaria.

Esta unidad es la mayor demandante de insumos y medicamentos de la Institución, por eso, la actividad de abastecimiento y compras en conjunto con la gestión de flota permite que los equipos tengan todo lo necesario para una respuesta oportuna en cada evento.

Las actividades de Control de Gestión y Apoyo Jurídico son retroalimentadores ante toda duda existente, sobre la forma en que se procedió y si se cumplieron con los principios de legalidad en la atención del paciente y el nivel de cumplimiento de sus objetivos sanitarios y administrativos de la Institución.

Calidad, es una actividad transversal, tanto para el Centro Regulador y la Intervención. Su rol es medir constantemente los niveles en que se están

desarrollando los servicios entregados. Estas mediciones permiten correcciones en el momento y a posteriores a situaciones complejas, que necesitan un acompañamiento en el análisis de sus acciones.

En la figura N°11, se aprecia el esquema en como las actividades primarias se vinculan con las actividades de apoyo, sin ser relevantes sus diferencias específicas.

Tabla 27: Resumen puntos Traslados Primarios e Intervenciones

Traslados Primarios e Intervención	
1	Existe un vínculo en cadena con la Gestión Telefónica.
2	Las actividades de soporte son fundamentales para la realización de los traslados y las intervenciones.
3	Hace mayor uso de las actividades de Apoyo.
4	Existen actividades críticas para el traslado.
Debilidad	
El quiebre de algunas actividades de apoyo ponen en juego la realización de los Traslados	

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.1.3 Traslados Secundario.

En este punto, es necesario remarcar, que la diferencia entre Traslado Primario y Traslado secundario se define de la siguiente.

Primero, el TP (traslado primario), nace por una llamada realizada al 131 y el TS (traslado secundario), nace por una llamada realizada directamente al número reservado del Médico Regulador.

Segundo, para realizar TP, se pueden utilizar móviles M1, M2 y M3, en cambio para realizar TS, se utilizan móviles M2 y M3.

Tercero, el TP puede ser de una atención domiciliaria, un traslado desde el lugar del evento a un centro asistencial o viceversa, a diferencia que el TS es de centro asistencial a centro asistencial.

Establecidas estas diferencias entre los tipos de traslados, se puede apreciar que las mismas actividades de apoyo que se realizan para los TP, son igual de necesarios para el TS, por eso no se explicara nuevamente. Bajo los principios de estabilización para realizar el traslado, puede ser necesario que se le realice uno o múltiples procedimientos para tener al paciente en una condición estable.

Tabla 28: Resumen de Traslados Secundarios

Traslados Primarios e Intervención	
1	Nace por la necesidad de la Red Asistencial
2	Se utilizan solo móviles avanzados
3	Hace mayor uso de las actividades de Apoyo.
4	Existen actividades críticas para el traslado.
Debilidad	
El quiebre de algunas actividades de apoyo ponen en juego la realización de los Traslados	

Fuente: *Elaboración propia*

3.2.1.2 Actividades de Apoyo.

De acuerdo con lo definido en la Cadena de Valor, se explicarán solo las actividades que aportan a la captura de valor de la UEN y que aportan diferencias con los otros sistemas prehospitalarios de la región metropolitana.

- **Gestión de Flota:** Esta actividad contempla la programación de mantenimientos, disponibilidad, reparaciones y movimientos de ambulancias para el uso de la Subdirección médica. Además, debe administrar consumos de combustible, compras de repuestos y presupuestos de talleres, revisión de bitácoras y documentación legal, junto al apoyo técnico ante el levantamiento de licitaciones de naturaleza operativa.

Esta unidad es una de las más relevantes en la operatividad diaria, porque debe asegurar que el recurso ambulancia, este disponible la unidad de intervención, las 24/7, pero esta actividad se realiza en formato diurno, lunes a viernes, dejando largos periodos sin respuesta a la unidad de Intervención.

Por otro lado, la disponibilidad de móviles, dependen de talleres de diferentes tipos, procesos externalizados y específicos, actividades que no pueden ser integradas a la institución ya sea por sus costos, inversión y/o complejidad.

Tabla 29: Resumen puntos Gestión de Flota

Gestión de Flota	
1	Fundamental para los traslados por tener recurso clave
2	Necesita coordinarse con otras actividades para el perfecto estado del móvil
4	No opera 24/7
Fortaleza	
Administración interna del estado de un recurso estratégico	
Debilidad	
Dependencia de servicios externos para la mantención de vehículos	
No entrega respuesta 24/7, generando quiebres de respuesta	

Fuente: *Elaboración propia*

- **Monitoreo RED de Urgencia:**

Esta actividad, actualmente bajo la responsabilidad del CAT, centro de alerta temprana, debe generar el panorama general de la RED asistencial, reportando tiempos de retención por semana epidemiológica, estado operativo, centros de derivación, control de retenciones diarios, eventos centinelas y gestiona la liberación de móviles, apoyando a mejorar la toma de decisiones del Centro Regulador y la disponibilidad de Ambulancias.

Tabla 30: Resumen puntos Monitoreo Red de Urgencia

Monitoreo Red de Urgencia	
1	Monitore información del estado la Red Asistencial y gestiona recursos.
Fortaleza	
Existe conocimiento de la Red ante el manejo de la flota por parte del Centro Regulador	

Fuente: Elaboración propia

- **Control Operativo Diario:** Esta actividad, antiguamente llamada, “pasar la lista”, se transformó en un proceso que vincula a todos los recursos operativos del SAMU Metropolitano, desde los miembros de la Unidad de Regulación, hasta los de la Unidad de Intervención, pasando con el personal de apoyo, en donde se registran los niveles de conformación por base, los movimientos de personal por áreas críticas, la disponibilidad de ambulancias con equipos completos y la necesidad de llamar personal de apoyo.

Esta actividad es fundamental para el control y la gestión de las actividades de Traslado Primario y Secundario, no siendo relevante en la Gestión Telefónica en los casos que no se despacha ambulancia.

Tabla 31: Resumen puntos Control Operativo diario

Control Operativo diario	
1	Existe un diagnóstico diario de los recursos para las actividades principales
Fortaleza	
Existe un conocimiento real de los recursos claves para la prestación de los servicios.	

Fuente: Elaboración propia

- **Apoyo Jurídico:** Aunque es fundamental en todos los centros asistenciales, en el SAMU Metropolitano se vuelve crucial debido a las leyes regulatorias de los pacientes, las cuales no están pensadas para el sistema prehospitalario, por consiguiente, las aclaraciones y guías legales del equipo jurídico apoyan el proceder de los equipos de la Gestión Clínica (U. Regulación y U. Intervención).

Actualmente el Apoyo Jurídico no presta un servicio de retroalimentar o mejorar los servicios prehospitarios, sino más bien está centrado en un apoyo 100% administrativo, enfocado en la dirección de la institución.

Tabla 32: Resumen puntos Apoyo Jurídico

Apoyo Jurídico	
1	Guía a la institución legalmente.
Debilidad	
No presta apoyo a la mejora de las actividades principales	

Fuente: *Elaboración propia*

- **Control de Gestión:** Esta tarea, tuvo como finalidad principal el llevar correctamente el proceso de cumplimientos de las Metas de origen sanitario, derivadas por el Minsal. Esta actividad aún no ha logrado desarrollarse de manera que aporte a la Institución, debido a su focalizado análisis en la actividad de la Gestión telefónica solamente y no genera análisis relacionados a una planificación institucional.

Tabla 33: Resumen puntos Control de Gestión

Control de Gestión	
1	Actividad centrada en el cumplimiento de metas de desempeño colectivo
Debilidad	
Actividad desalineada con la mejora en el desarrollo de los tres servicios de la Institución	

Fuente: *Elaboración propia*

- **Capacitación y formación:** Es tarea es clave para el desarrollo del personal y la creación de los perfiles idóneos. Actualmente las unidades de desarrollo de las personas, gestión clínica y capacitación son quienes se coordinan para definir los cursos y temas necesarios, para fomentar el conocimiento de una fuerza de trabajo actualizada, pero existe un desalineamiento y la gestación de programas que apoyen el desempeño de los funcionarios de las actividades principales, debido a la falta de lineamientos estratégicos de la institución.

Tabla 34: Resumen puntos Capacitación y formación

Capacitación y formación	
1	Existen tres unidades que deben soportar esta actividad, pero están desalineadas
Debilidad	
No existen lineamientos estratégicos que guíen y persigan la capacitación de los funcionarios.	

Fuente: *Elaboración propia*

- **Abastecimiento y Compras:** Aunque Existe la unidad de abastecimientos, las unidades que se ven relacionadas con esta actividad van desde la gestión clínica con el Centro Regulador y la Intervención, la unidad Técnica, la UGRRD, unidad de gestión de reducción de riesgo y desastre, Docencia, Flota, TIC, Equipos Médicos y Recursos Físicos, que solicitan compras y despachos de cosas propias para el funcionamiento de la UEN.

Dentro de sus programaciones regulares, está la compra de suministros básicos para todas las unidades. Es importante recalcar que, dentro del abastecimiento como actividad, los administradores de los diferentes contratos emanados de una licitación o un convenio marco (Chile compras), son las unidades requirentes quienes las controlan, abastecimiento como unidad debe asegurar que pueden encontrar el producto o servicio, en qué forma se puede comprar y derivar la recepción y administración.

Como se dijo en puntos anteriores, la unidad de Abastecimiento es el encargado de definir cuando se tendrá que realizar una compra directa o no, de acuerdo con los parámetros antes explicados, por consiguiente, debería tener un mayor conocimiento y trabajo con las unidades de las actividades principales, para levantar alertas de necesidades futuras.

La actividad de Abastecimiento, para comprar servicios, necesita de la experticia de las unidades requirente, por lo cual muchas veces la urgencia no puede ser resuelta en el momento, debido a que el externo que presta este servicio o vende el producto, no está en horario de atención, por lo cual es necesario prever el máximo de posibles contingencias, tanto en las licitaciones como en el stock de insumos.

Tabla 35: Resumen puntos Abastecimiento y compras

Abastecimiento y Compras	
1	Realiza la compra de suministros y servicios para unidades tanto las que soportan las actividades principales como las de apoyo.
2	Todas las compras no pueden ser gestionables en tiempo real, por dependencia de terceros.
Debilidad	
No está involucrada en detectar falencias en las programaciones de las unidades que soportan la actividad principal	

Fuente: Elaboración propia

- **Comunicaciones:** Las comunicaciones dentro de la institución son fundamentales, no solo para la actividad diaria de establecer contactos fluidos entre los equipos de intervención y regulación, quienes transmiten información crítica de los pacientes, para la cual se utilizan equipos radiales y telefonía móvil cuando no se logra establecer comunicación clara.

La comunicación fluida y rápida con los equipos de apoyos es fundamental para mantener la operatividad de la institución, utilizando telefonía análoga y móvil. Otra función de la comunicación es ser una política de bajada de información entre las líneas directivas hacia las líneas más bajas, es una tarea que se debe realizar y fomentar, para lograr la incorporación del funcionario en el rumbo de la Institución, causando mayor compromiso con la misión para cumplir con los objetivos y alinearse con la estrategia, pero estas políticas aun no son fomentadas.

Aunque la actividad comunicacional es clave, por ser el inicio de los servicios del SAMU, no puede ser integrado el servicio con sistemas telefónicos propios y conexiones propias con la red de telecomunicaciones, debido a que se debe estar en la red central, por consiguiente, solo se puede asegurar contar con equipos de apoyo, con los cuales no cuenta.

Tabla 36: Resumen puntos Comunicaciones

Comunicaciones	
1	Todas las actividades del SAMU necesitan soporte de comunicaciones en sus diferentes tipos.
2	Falta de comunicaciones internas, en cuando a lineamientos, políticas y demás.
Debilidad	
Dependencia total de servicios externos.	
No cuenta con equipos de apoyo.	
Falta de políticas de comunicaciones internas.	

Fuente: *Elaboración propia*

- **Gestión de RR HH:** Aunque en el SAMU Metropolitano existe el Departamento de Gestión de Desarrollo de las Personas, DEGEDEP, creado en mayo de 2017, la gestión de las personas es una actividad que se debe alinear con las necesidades y naturaleza de la Subdirección Médica, debido a variables que no existen en las otras áreas:
 - Sistema de Turnos.
 - 80% de los funcionarios se encuentran en esta subdirección.
 - Regularidad de contratos.

- Manejo del subtítulo 29, horas extras y honorarios.

El principal problema, es la falta de objetivos estratégicos dentro de la institución que permitan alinear las necesidades principales en la selección de personal, programas de capacitación acorde a perfiles de cargos y la búsqueda de recurso humano para las coberturas de turno, que se ven mermadas diariamente por eventos fortuitos como las licencias médicas.

Tabla 37: Resumen puntos RRHH

Comunicaciones	
1	Manejo de Personal, el 80% pertenece a sistema de turnos asistenciales.
Debilidad	
Falta de Objetivos institucionales que guíen su planificación.	

Fuente: Elaboración propia

- **Calidad:** Esta unidad, pero a la vez actividad, al igual que abastecimiento, tiene una gran relevancia dentro de los servicios de salud, debido a que representa la medición de los niveles de riesgo de infecciones intrahospitalarias, niveles de cumplimiento de la entrega de los servicios de acuerdo a los estándares establecidos, exigir a todos los funcionarios cumplir con las normas de atención a los pacientes, de acuerdo a los deberes y derechos, evaluar la aplicación de protocolos y otros puntos fundamentales. Actualmente esta unidad no existe en el SAMU Metropolitano.

Esta actividad, fundamental para el estándar de atención, actualmente no se realiza dentro del SAMU Metropolitano, por falta de lineamientos, dejando un gran vacío en la mejora del servicio prehospitalario.

Tabla 38: Resumen puntos Calidad

Calidad	
1	No existe la actividad
2	Es fundamental en la mejora continua y los estándares de atención
Debilidad	
No existen estándares de atención ni control de estos en el SAMU	

Fuente: Elaboración propia

3.2.2 Análisis de Recursos

En este punto, dentro de la composición del contexto del SAMU Metropolitano, se realizará el análisis de los Recursos Tangibles, y luego de los Recursos Intangibles, cerrando con las fortalezas y debilidades de acuerdo con los

aspectos agrupados en cada una de las tablas resúmenes, como se realizó en el análisis Externo. La metodología de separar los tipos de recursos entre los Tangibles y los Intangibles, es de acuerdo con las dos categorías.

El Proyecto busca generar de forma metodológica y realista un análisis de recursos y capacidades, basado en la premisa de Thompson et al. (2012), en que esta herramienta es importante para entender y proyectar las capacidades máximas de la institución, y aunque la competitividad en la industria no es el fin último del SAMU Metropolitano, si lo es la optimización de los recursos para la entrega del servicio prehospitalario.

3.2.2.1 Recursos Tangibles

Dentro de esta categoría se incluyen todos aquellos bienes y materiales tangibles, es decir, se pueden tocar. En función de las características de la Institución, los activos fijos podrán variar de manera notoria. Según la clasificación de algunos de los bienes tangibles, se pueden encontrar en diversos grupos, como lo que se expresan a continuación:

- Efectivo e inversiones.
- Terrenos y bienes naturales.
- Construcciones.
- Instalaciones técnicas.
- Maquinaria.
- Mobiliario.
- Equipos para procesos informáticos.
- Elementos de transporte.
- Bienes que no se puedan incluir en otras categorías anteriores.

3.2.2.1.1 Recursos Físicos.

A continuación, se muestra el análisis de los recursos físicos del SAMU Metropolitano, los que se encuentran repartidos en distintas comunas de la Región Metropolitana, estando algunos en comodato, cedidos formalmente y otros no cedidos formalmente.

- **Centro Regulador (CR):** El primero en su clase a nivel nacional, centro de atención de llamadas del SAMU, como se explicó inicialmente, responde al modelo Franco German de emergencia, con operatividad 24/7/365. Las instalaciones del CR permiten descanso en cuatro dormitorios, sala de crisis, en la sala de regulación con un máximo de 12 operadores telefónicos, 4

reguladores básicos, 4 reguladores médicos, un coordinador, un monitor del CAT, sala de equipos eléctricos, comedor, baños con duchas, sala de TIC, oficinas clínicas y administrativas, en más de 300 metros cuadrados agregando las instalaciones exteriores de un motor eléctrico *Diesel*, que genera energía para 48 horas de forma autónoma y un sistema de agua que asegura 48 horas de operatividad.

Esta instalación fue formalizada en 2016, ante el cambio de su ubicación original en el octavo piso del HUAP, en donde contaban con aproximadamente 80 metros cuadrados, con un máximo de 6 operadores, dos reguladores médicos y tres supervisores, al número actual, con cambios de tecnologías comunicacionales y visuales.

Las funciones del Centro Regulador se encuentran desarrolladas en la Norma General Técnica N°17 del Ministerio de Salud, oficializada en el año 2005.

- **Bases del SAMU:** como se analizó en puntos anteriores, el SAMU tiene sus bases ubicadas en diferentes comunas de la Región Metropolitana, sin una selección acorde a distancias, sino como herencia del modelo SUA, ubicadas de acuerdo con las disponibilidades de los centros asistenciales. Muy pocas de estas bases están cedidas de manera formal al SAMU, ya sea comodato u otro instrumento legal, lo que genera problemas con la estancia de los equipos en el largo plazo y los proyectos de mejoras de la institución.

En las bases del SAMU se encuentran los equipos de Intervención, que realizan dos de los tres servicios del SAMU, el Traslado Primario y el Traslado Secundario, definidos formalmente en el Manual Series REM 2018, en su versión 1.2 del Departamento de Estadística e información de Salud del Ministerio de Salud.

- **Oficina de Intervención:** Históricamente, el SAMU ha utilizado un espacio de aproximadamente 150 metros cuadrados ubicados en el segundo piso de la estructura del patio de ambulancias del HUAP, donde hoy se encuentran las oficinas de intervención, el equipo encargado de dirigir a todas las bases del SAMU. En estas dependencias también se encuentra el Departamento de Flota y la Unidad de Equipos Médicos, quienes apoyan de forma cercana las necesidades de los equipos interventores.

- **Farmacia:** Inaugurada en abril de 2019, esta unidad dependiente de la Subdirección Médica, en una superficie de aproximadamente 200 metros cuadrados, es histórica para la Institución, siendo el primer SAMU a nivel nacional que tiene una instalación de esta naturaleza, 100% dependiente de la dirección del SAMU.

Obedeciendo a la costumbre de ubicar las dependencias en donde se encuentra espacio, esta se ubica en la base 33 y 35, dentro del recinto del Hospital Barros Luco, en la comuna de San Miguel, generando un hito en el sistema Prehospitalario.

- **Edificio Corporativo:** Como en muchos puntos, el SAMU Metropolitano es el primero en tener su primer edificio Corporativo, en aproximadamente 800 metros cuadrados, ubicados en el Barrio Lastarria, a metros del SSMC y del MINSAL, se alberga a la Dirección del SAMU, la Subdirección Administrativa, parte de la Subdirección de Operaciones y los Departamentos y Unidades dependientes del director.

Tabla 39: Resumen puntos Recursos Físicos

Recursos Físicos	
1	Un Centro Regulador ubicado en Providencia.
2	26 bases con ambulancias.
3	Una oficina de intervención, ubicada en Santiago Centro.
4	Farmacia de lunes a viernes, ubicada en San Miguel.
5	Un edificio corporativo, ubicado en Santiago Centro.
Fortaleza	
Altas barreras de entrada para otros servicios de urgencia prehospitalaria por tener recursos que implican inversión con retorno social y no financiero	

Fuente: Subdirección Médica y Operaciones SAMU Metropolitano junio 2019

La información de los recursos físicos se ha agrupado en la tabla N°39, debido al proceso que el SAMU ha ido desarrollando desde 2015 a la fecha, en donde se han registrado cambios relevantes.

3.2.2.1.2 Recursos Financieros.

Dentro de la historia financiera del SAMU Metropolitano, desde el 2017 los temas relacionados a su autonomía no han sido resueltos de forma inmediata, por lo cual el equipo tuvo que estar en negociaciones entre el HUAP, el SSMC y el SAMU, debido a que los gastos reales que nunca fueron calculados como unidad. Todo esto debía hacerse para generar un presupuesto en 2018 de \$ 11.829.388.473 de acuerdo con sus resoluciones de aprobación de presupuesto

emanados por el SSMC y entregados por el departamento de Finanzas del SAMU Metropolitano.

Dentro de los grandes puntos en los que se encuentra en deuda el SAMU Metropolitano es la recaudación de fondos, derivados de los servicios prestados a pacientes, como por ejemplo lo relacionado con el SOAP y los procedimientos prehospitalarios realizados.

El primero de los dos puntos debe su problema a la falta de recursos para traspasar los datos del papel de la FPH a una base de datos, junto con la documentación reglamentaria necesaria que permitan realizar las gestiones para el cobro de estos seguros.

El segundo punto, como se dijo anteriormente, la cartera de prestaciones que realiza el SAMU no es reconocida aun por las autoridades pertinentes (Seremi de Salud y Fonasa), para generar la codificación que dé posibilidad al cobro de las prestaciones, a las instituciones de previsión de Salud y no al paciente.

Tabla 40: Resumen puntos Recursos Financieros

Recursos Financieros	
1	La Institución cuenta con presupuesto gubernamental.
2	No se generan recursos propios.
Fortaleza	
El SAMU cuenta con un presupuesto independiente de su rentabilidad financiera	

Fuente: Departamento de Finanzas SAMU Metropolitano junio 2019

De acuerdo con lo analizado en el desarrollo del Proyecto y el conocimiento de la institución, el gran problema es la dificultad de generar recursos propios, debido a los diferentes reconocimientos que se necesitan para el cobro de prestaciones, el cobro que realizan otros centros asistenciales y la burocracia para cobros de seguros SOAP, que no permiten a la estructura, rapidez y eficiencia. Estos puntos se resumen en la tabla N°40.

3.2.2.1.3 Recursos Activos Tecnológicos.

Dentro de los activos tecnológicos que utiliza la institución es importante partir por los más estratégicos de acuerdo con el acontecer prehospitalario, y la misión desarrollada en este Proyecto.

- **Vehículos:** La flota total del SAMU Metropolitano está compuesta por 56 ambulancias, con capacidad de tripular 41 debido a la disponibilidad de

personal. Éstas se encuentran divididas en 23 M1, 17 M2 y 1 M3, repartidas en las bases y con rotación interna, dependiendo del acontecer diario.

Actualmente las ambulancias en Chile son regidas por la Norma Chilena de Ambulancias NCH 2426, transformada como norma oficial de la República de Chile el 31 de diciembre de 1998, por el Instituto Nacional de Normalización. Se puede entender que la actual norma, tras 20 años de su creación, se muestra obsoleta, no considerando las tecnologías existentes a nivel mundial en la Salud, por lo cual, en 2016, el SAMU adquirió 15 ambulancia con normativa norteamericana, la KKK, *Federal Specification for the star of life Ambulance* regidas y administrada en USA por la GSA, *General Services Administration*. Esta normativa eleva, adapta y se actualiza periódicamente para generar los cambios necesarios en función de responder a las múltiples variables de un vehículo sanitario.

Los vehículos de apoyo son una camioneta 4x4, un camión Iveco para carga mediana y un furgón para 12 personas, los cuales cumplen con las tareas de apoyo, dependiendo la necesidad de la institución.

- **Equipos TIC:** En esta categoría se encuentran dos clasificaciones fundamentales, los comunicacionales y los computacionales.

Primero, los comunicacionales están muy arraigados en la cultura del centro regulador, pero esta cultura ha ido cambiando en los últimos dos años, destacando una plataforma telefónica Entel – Cisco, con anexos telefónicos, pero también por sistema computacional, permitiendo la conexión directa con el computador, sistema IP.

Dentro de la misma línea comunicacional, existe el sistema Radial de Mobilink, con una señal radial digital UHF, que permite casi un 80% de cobertura radial comprobada por pruebas del SAMU en 2016, permitiendo mantener diferentes canales de comunicación.

Segundo, relativo a los equipos computacionales, el punto que más destaca son los computadores del CR, con condición 24/7, que les permite estar encendidos por largas jornadas de trabajo, evitando su deterioro en corto plazo, manteniendo su estabilidad y operatividad.

El correo electrónico institucional fue contratado a la empresa Google, generando por primera vez el dominio SAMU.cl, plataforma que permite

facilitar una casilla de correo electrónico a todos los funcionarios y permitiendo obtener mayor acceso a las comunicaciones.

- **Insumos:** en esta categoría las grandes diferencias con un centro asistencial se basan en los formatos que se utilizan, como oxígeno portátil, tablas de inmovilización, collares cervicales y otros, que son de fácil almacenamiento, responden a la contingencia del momento y no tienen como finalidad ser usados en tratamientos de largo plazo.
- **Equipos Médicos:** Estos equipos, tienen características similares con los utilizados en los diferentes centros asistenciales, pero sus diferencias se basan en ser portátiles, con autonomía energética mediante su batería recargable y desde 2016 se ha incentivado el uso de equipos con conexión a internet, para poder generar la transmisión resultados online, en esta medida no ha sido incorporada por parte del MINSAL.
- **Equipos para grandes catástrofes:** Como servicio de emergencia, mandatado por el Ministerio del Interior, tiene su unidad de respuesta rápida a eventos de emergencia, teniendo la capacidad de desplegar su propio Puesto Médico Avanzado (PMA), con la implementación necesaria, desde la movilización propia, hasta la generación de energía. Este equipo ha visto su mayor desafío el 12 de abril de 2014, en el incendio de Valparaíso, donde el SAMU Metropolitano desplego todo su operativo.

En la tabla N°41 se ven resumidos los Activos tecnológicos Institucionales.

Tabla 41: Resumen puntos Recursos Activos Tecnológicos

Recursos Activos Tecnológicos	
1	Vehículos Ambulancias y vehículos de apoyo.
2	Equipos comunicacionales y computacionales.
3	Insumos para todas las ambulancias y stock de emergencia.
4	Equipos clínicos como desfibriladores, DEA, Ventiladores y otros.
5	Equipos para grandes catástrofes.
Fortaleza	
Cuenta con diversos activos propios para respuestas a eventos de alta complejidad, diferenciándose de otros servicios de emergencia públicos y privados	
Debilidad	
No se aprovechan los recursos para destacar su rol en la Red Asistencial siendo un apoyo para los servicios de Urgencia.	

Fuente: Subdirección de Operaciones SAMU Metropolitano junio 2019

3.2.2.2 Recursos Intangibles.

Los recursos intangibles hacen referencia a aquellos bienes y derechos que no son físicos o palpables como tal. Se trata de bienes como marcas, permisos, patentes, derechos de traspaso, fondos de comercio o gastos de investigación. Algunos de los recursos intangibles más destacados son los siguientes:

- Recursos Humanos.
- Marcas registradas.
- Patentes.
- Licencias y permisos.

A continuación, se dará inicio al análisis de los recursos intangibles de acuerdo con la metodología desarrollada en este Proyecto.

3.2.2.2.1 Recursos Humanos.

El recurso humano son las personas que componen una empresa u organización en todos sus sentidos, cada uno con características particulares, en donde su comportamiento en el desarrollo de sus labores influye en el rendimiento de la empresa, tanto de forma positiva como negativa. Son ellos quienes practican las filosofías, políticas y acciones que permiten realizar la Estrategia, mediante el cumplimiento de los objetivos.

Esta realidad hace fundamental tener una administración orientada en alinear el comportamiento del personal, para lograr la conducta deseada en el desarrollo de sus tareas, y el SAMU Metropolitano no es la excepción.

Los estamentos son los grupos de trabajadores agrupados y catalogados en una escala, considerando el cumplimiento de funciones y tareas. Esta escala cumple el objetivo de asignar la remuneración y las responsabilidades por estamentos. Estos grupos son Auxiliares (conductores), Administrativos (operadores, secretarías, apoyos), Técnicos (asistentes, Técnicos paramédicos, operadores, monitoreo), Profesionales (jefaturas, reanimadores, supervisores, encargados) y Directivos, donde la condición jurídica de cada funcionario hace referencia a la relación contractual como personal de planta, contrata y honorario.

Se detectó una falencia importante, la ausencia de perfiles de cargos de los diferentes puestos de funcionarios y el desconocimiento de las normativas legales sobre las responsabilidades de éstos. Este escenario no permite tener

claridad con respecto a la cantidad de personas que debe haber en las diferentes unidades y en toda la Institución.

Debido a lo antes expuesto, se hace imperante desarrollar con urgencia los perfiles de cargo, ya que el rápido avance del tiempo, tecnologías y procesos permitirán evitar prácticas poco serias, favoreciendo el profesionalizar esta área en función del cumplimiento de la misión y visión propuestas. Se lograrán establecer procesos de selección de personal más eficientes y se dará solución eficaz a las necesidades reales de la organización teniendo claramente definidas las competencias, estándares y labores de cada cargo.

Es importante recalcar, que los funcionarios del sistema prehospitalario del SAMU son hoy en gran parte, los fundadores o iniciadores de los sistemas prehospitalarios de otros centros asistenciales privados de la región, debido a la gran experiencia y conocimiento con el que cuentan. Esta situación se remarca, al ser incluso un formador de profesionales prehospitalarios para SAMU de otras regiones, quienes acuden a pasantías, para aumentar sus conocimientos prácticos.

Tabla 42: Resumen puntos Recursos Humanos

Recursos Humanos	
1	Diferentes estamentos, con responsabilidades no establecidas y separadas.
2	Inexistencia de perfiles de cargo con competencias establecidas para todos.
3	Know How de excelencia a nivel nacional.
Fortaleza	
Reconocida excelencia de los funcionarios en la emergencia prehospitalaria	
Debilidad	
Falta de claridad en las responsabilidades institucionales	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°42 se muestra el resumen del análisis de los recursos humanos fundamentales para la entrega de un servicio de excelencia.

3.2.2.2 Imagen y Reputación.

En este punto es importante entender cómo los pacientes de los servicios de salud evalúan y generan la Imagen de marca y la reputación de esta.

De acuerdo al informe realizado por la Super Intendencia de Salud, publicado en 2013, "Satisfacción y Calidad percibida en la atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores informe global", se destaca que la satisfacción o insatisfacción en la atención asistencial, que es la que genera la experiencia,

obliga a generar un análisis perceptivo del consumidor (paciente o acompañante), donde la base de reconocer que la actividad mental emerge de la interacción de los procesos sociales y biológicos, y las percepciones de la realidad no son un reflejo objetivo debido a la carga emocional que tiene este tipo de experiencia.

Por otra parte, en el mismo informe se señala que el paciente de servicios de salud “no es solo resolución clínica, sino que considera aspectos que son valorados por las personas en sus beneficios psicológicos, como lo es la respuesta a sus beneficios emocionales y que se experimentan desde el inicio hasta el final” Supersalud (2013, p7). Por consiguiente, incluso una mala atención en el centro asistencial puede cambiar completamente la percepción sobre la experiencia con el SAMU, es difícil individualizar su imagen.

Para generar un mejor análisis, primero se debe tomar en cuenta la visión de las áreas de marketing, quienes han profundizado históricamente en entender la experiencia de los pacientes con bienes y servicios, de acuerdo con las expectativas esperadas. Incluso se puede llegar más allá, debido a que existe un vínculo muy cercano entre la atención sanitaria y los servicios personalizados, en donde existen las grandes familias de prestaciones, pero cada una tiene cosas muy particulares, dependiendo el caso, en donde el SAMU puede ser el fin del servicio sanitario, como puede ser una etapa más.

En esta línea, Kotler (2012) mantiene la necesidad de entender que el posicionamiento de una empresa se genera en la experiencia de la venta o consumo del servicio, aplicado al SAMU, en donde incluso el modelo de Cadena de Valor de Porter (1991) ayuda a entender en qué partes se puede agregar valor al servicio prehospitalario, para que el paciente pueda iniciar a crear una imagen de experiencia de la atención del SAMU, distinta al resultado de la atención de los centros asistenciales.

Tabla 43: Resumen puntos Imagen y Reputación

Imagen y reputación	
1	La Imagen Institucional, es difícil de individualizar, de la experiencia con los Centros Asistenciales.
Debilidad	
Es desconocido su aporte al servicio asistencial, por ser solo conocidos como ambulancias y no como un servicio individualizado y complementario	
No ha generado una imagen clara y diferenciada de los centros asistenciales	

Fuente: Elaboración propia

3.2.2.2.3 Relación de Confianza.

El SAMU es una institución que no puede dar respuesta a las urgencias y emergencias en todos los sentidos, muchas de las escenas necesitan de la participación de Carabineros de Chile o Bomberos de Chile debido a las complejidades que éstas presentan, ante lo cual existe un Manual de operaciones multi – institucional ante emergencia (2001), también conocido como el manual ABC de emergencia. En éste se remarca el trabajo entre estas tres entidades, asignando las tareas de cada uno al momento de encontrarse en un evento.

Este manual se ha transformado en la base de colaboración y trabajo en conjunto entre las instituciones y ha permitido el ingreso de actores privados en las actividades (clínicas y servicios prehospitalarios privados, seguridad ciudadana y otros), generando lazos de confianza ante urgencias y emergencias.

El estrecho trabajo que el SAMU Metropolitano ha desarrollado con otras instituciones como Ejército de Chile o la Prefectura Aérea de Carabineros de Chile, ha generado pasantías de sus equipos en la Institución, quienes le reconocen por su experiencia en el manejo sanitario en ambientes hostiles, fuera de los centros asistenciales.

De igual manera, el SAMU Metropolitano ha liderado iniciativas pioneras programas de educación a los conductores de sus ambulancias, siendo los primeros en ser capacitados en la conducción a la defensiva, el desarrollo de sus destrezas ante la contingencia en las vías públicas y el manejo de vehículos con personal abordo, de acuerdo con los cursos entregados por la ECONCAR, Escuela de Conducción de Carabineros de Chile.

Por último, actualmente el SAMU Metropolitano se encuentra en una etapa de apertura a la comunidad, generando vínculos colaborativos con municipalidades, intendencia y gobierno regional, para construir una relación de confianza que permita el desarrollo de proyectos en conjunto.

Tabla 44: Resumen puntos Relaciones de Confianza

Relación de confianza	
1	Trabajo conjunto con instituciones públicas y privadas para desarrollar capacidad de respuesta.
Fortaleza	
Existe un reconocimiento a la experticia de la Institucional por parte de otros actores de la emergencia en la ciudad	

Fuente: *Elaboración propia*

Es fundamental en las relaciones de confianza, reconocer las ventajas comparativas de todos los actores, para realizar interacciones que generen los vínculos que se traducirán en el futuro, en relaciones de confianza, resumido en la tabla N°44.

3.2.2.2.4 Cultura y sistema de incentivos

Históricamente el SAMU Metropolitano es heredero de la cultura prehospitolaria de dos fuentes, el SUA y el SAMU de Paris, quienes han influenciado en la formación de culturas diferentes. El SUA influencia a la Intervención y el SAMU de Paris al Centro Regulador, debido a que este último recibió una fuerte influencia en su formación por la entidad francesa.

Hoy en día, el SAMU está en una etapa de formación cultural, al transformarse en un Centro Asistencial, pero a la vez incorporando un equipo administrativo ajeno a la atención asistencial, en donde las relaciones de confianza se deben trabajar. Este cambio ha generado trasformaciones culturales profundas como el manejo de inventarios, políticas de selección de personal, reglamento interno y otro tipo de decisiones, no todas con buenos resultados.

El SAMU Metropolitano no ha diseñado sus propias políticas de incentivos, debido a que, aunque existen metas de acuerdo con gestiones realizadas y Metas Sanitarias, la falta de una planificación institucional ha imposibilitado que estos cumplimientos sean un real aporte al lineamiento institucional.

La Cultura de la institución debe ser entendida claramente, para que el sistema de incentivos tanto para potenciar lo bueno y a la vez ir modificando lo innecesario, debe tener no solo componentes monetarios, sino también debe haber un alto nivel de reconocimiento a los individuos que son referentes, como se expresa en la tabla N°45 resumen de la cultura y sistema de incentivos.

Tabla 45: Resumen puntos Cultura y Sistemas de Incentivos

Cultura y sistema de incentivos	
1	No existe una cultura organizacional definida que determine un sistema de incentivos eficiente y que genere la conducta esperada
Debilidad	
No existe una imagen institucional que permita compartir una idea institucional del SAMU que unifique y forme una cultura homogénea	

Fuente: Elaboración propia

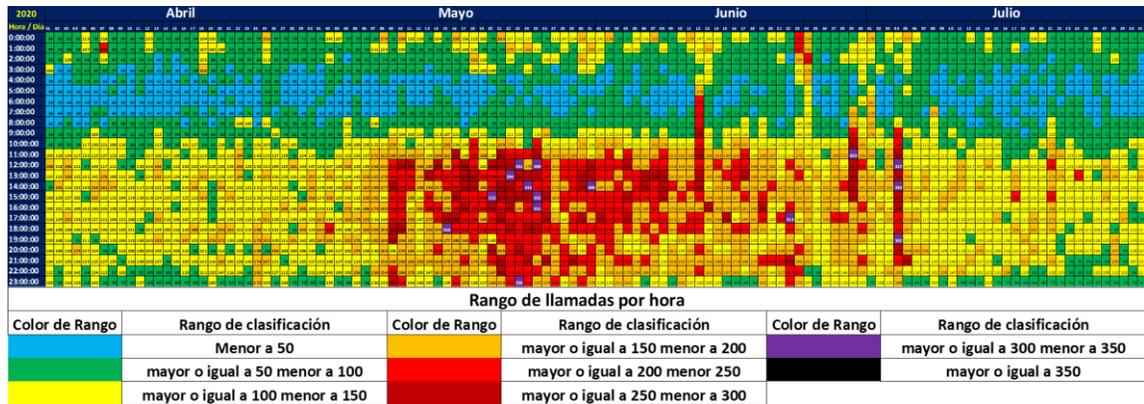
3.2.3 Análisis de Capacidades

De acuerdo con los puntos antes visto en los recursos tangibles y recursos intangibles, se identificarán y analizarán las diferentes capacidades del SAMU Metropolitano, desde sus puntos más fuertes a los más débiles, para encontrar fortalezas y debilidades de la institución, que serán vistos en los puntos siguientes de este Proyecto.

Como se estableció anteriormente, el SAMU Metropolitano ofrece tres servicios marcados, que son la Gestión Telefónica, el Traslado Primario y el Traslado Secundario. Establecidos y analizados los recursos del SAMU Metropolitano, se desarrollarán las capacidades de acuerdo con los tres focos importantes para este análisis.

Como se muestra en la figura N°12, el mapa de calor de las llamadas entrantes al Centro regulador, en el periodo abril – julio de 2020, en pleno *peak* de la pandemia COVID – 19.

Figura 12: Mapa de Calor de llamadas entrantes abril a julio de 2020



Fuente: Unidad de Estadística, SAMU Metropolitano

3.2.3.1 Capacidad de Gestión Telefónica.

La institución tiene capacidad máxima de atender 8 solicitudes simultáneamente, ingresadas al realizar una llamada al 131, las 24 horas, los 365 días del año, de acuerdo con la cantidad de operadores en turno, sin contemplar los ingresos de llamadas directos a las mesas de regulación básica y avanzada, que son anexos independientes, y las solicitudes de traslados secundarios, anexo interno para la Red asistencial. La demanda horaria al 131 se representa en la figura N°12 que corresponde a su Mapa de calor de llamadas desde abril a julio de 2020.

De acuerdo con los estándares mundiales, en gran parte consolidados por el NENA, *National Emergency Number Association 2019*, la asociación de números de emergencia de Estados Unidos y los parámetros internos del SAMU, las llamadas deberían durar entre 20 a 90 segundos, para asegurar:

- Establecer comunicación con la contraparte, lo que significa esperar hasta 10 segundos intentando establecer contacto telefónico y alguna respuesta afirmativa de la contraparte.
- Intentar extraer el máximo de información que permita realizar un *triage* y categorización de la llamada entre los 60 y 90 segundos de duración de la llamada. El promedio en Chile de las llamadas es de 120 segundos, disminuyendo la capacidad de atender las solicitudes telefónicas.
- Extraer primero los datos que puedan ayudar a contactar al solicitante en caso de pérdida de la llamada.
- Se contempla un *Delay*, tiempo en que no entran llamadas al anexo del operador, de 20 segundos para poder derivar la llamada, cerrar el procedimiento y estar preparado para recibir una nueva llamada.

Tabla 46: Capacidad de Gestión Telefónica.

	N° OP	T promedio duración ST, seg.	T delay entre llamadas, seg.	T total ST promedio, seg.	ST por hora
Esperado	8	90	20	110	33
Real	8	120	20	140	26

ST: Solicitudes telefónicas / T: Tiempo / OP: Operador

Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en la tabla N° 46, los operadores deberían ser capaces de contestar aproximadamente 33 llamadas por hora, pero en el escenario de duración actual de la llamada, la capacidad máxima estimada se reduce a 26 llamadas por hora, considerando que las llamadas ingresan al 131, una tras otra.

Tabla 47: Capacidad de Orientación Telefónica.

	N° OP	T promedio duración OT, seg.	T delay entre llamadas, seg.	T total OT promedio, seg.	OT por hora
Esperado	8	120	20	140	26
Real	8	180	20	200	18

OT: Orientaciones telefónicas / T: Tiempo / OP: Operador

Fuente: Elaboración propia

En el caso de las orientaciones telefónicas, parte importante de la gestión telefónica, el tiempo aproximado esperado es de 120 segundos, pero en la realidad, tomada una muestra de 20 orientaciones telefónicas, el tiempo promedio es de 180 segundos, dando un total de 18 orientaciones telefónicas por hora en su capacidad máxima, como se muestra en la tabla N° 47.

De acuerdo con el análisis de los tiempos de la Gestión Telefónica, solicitud y orientación, y de acuerdo con los registros estadísticos del SAMU Metropolitano de 2019, el 54% de las solicitudes iniciadas con una llamada al 131, terminan en una Gestión Telefónica, mientras que el 46% terminan en una regulación básica o avanzada, para analizar si se realizará un envío de ambulancia y posteriormente definir si existe un traslado o no de ese paciente.

De acuerdo con esto, se realiza la relación de distribución de tiempo, para generar parámetros óptimos de Solicitudes y Orientaciones telefónicas a realizar durante una hora.

Tabla 48: Capacidad por hora de Gestión telefónicas y Orientaciones Telefónicas.

	Porcentaje diario	Tiempo Disponible por hora	Cantidad de ST o OT en T disponible
ST	46%	1.660	12
OT	54%	1.940	10

ST: Solicitud Telefónica / OT: Orientaciones telefónicas / T: Tiempo

Fuente: Elaboración propia

Este análisis, que se resumen en la tabla N°48, muestra que un operador podría llegar a gestionar 12 solicitudes y 10 orientaciones, durante una hora y entendiendo que la formación promedio de operadores telefónicos es de 8, se puede hablar de que se podrían realizar 2.304 solicitudes telefónicas y 1.920 orientaciones telefónicas, todo esto en 24 horas.

Entendiendo este escenario óptimo, se debe comprender de igual manera algunas variables previas, propias del sector salud, que, para un diseño de indicadores de desempeño, *KPI*, deben estar presentes, de lo contrario los resultados jamás reflejarán las mejoras, siendo las siguientes:

- Las personas son las que definen que son sus urgencias, por lo cual algunas atenciones y orientaciones pueden ser mucho más complejas por el estado anímico del requirente, sus niveles de ansiedad o hasta percepción del evento que está viviendo.

- Los niveles óptimos, son muy buenos para las producciones en serie, pero en el contexto del servicio sanitario, deben ser estándares que permitan buscar eficiencia, eficacia y efectividad en la capacidad de entregar una respuesta al requirente en todos sus aspectos, más que metas a seguir. Un ejemplo de este caso se puede tomar con una llamada de un menor de 10 años, quien puede que tenga problemas para poder expresar el motivo de su llamada, el cual no puede ser analizado bajo estos parámetros, sino debe ser bajo la particularidad del caso.
- Aunque los óptimos suelen dar buenas directrices, es necesario tener en cuenta que la seguridad al momento de actuar con la salud de la población es fundamental para entregar sus servicios, por ese motivo, se debe entender que los comportamientos atípicos, son casos que se deben analizar en pro de mejoras posteriores y no establecer óptimos como sistema de producción en serie.

Tabla 49: Resumen puntos Capacidad de Gestión Telefónica

Capacidad de Gestión Telefónica	
1	Extracción de información debe ser organizada y orientada en la detección de la emergencia
2	El control de los tiempos del proceso de la Gestión telefónica es fundamental para el aumento o disminución de capacidad ociosa.
3	La Gestión telefónica no debe ser mirada solo en conceptos de tiempos estándar.
Fortaleza	
Existe experticia en la pertinencia del manejo de las urgencias en la Gestión telefónica, centrada en el paciente.	
Debilidad	
Falta de optimización y control de tiempos para una estandarización promedio en la Gestión telefónica que permita mejorar la obtención de información para la clasificación de la urgencia.	

Fuente: *Elaboración propia*

3.2.3.2 Capacidad de Cobertura de la Región Metropolitana.

De acuerdo con el análisis de los recursos físicos del SAMU Metropolitano, son 26 bases repartidas por toda la Región Metropolitana, en donde existen 23 ambulancias básicas como lo muestra la tabla N° 50, con bases que cuentan con 1 o 2 ambulancias, dependiendo de la organización que se realizó cuando se iban abriendo en el transcurso de la historia de la Institución.

Esta programación puede cambiar de forma dinámica, de acuerdo con las necesidades y las contingencias de emergencias.

Tabla 50: Distribución de bases y ambulancias Básicas.

N.º BASE	BASE	Nº AMBULANCIAS	COMUNA
11	HUAP	3	SANTIAGO
12	CHUCHUNCO	1	ESTACIÓN CENTRAL
13	CRS MAIPU	2	MAIPÚ
23	SAN JOSE	2	INDEPENDENCIA
32	HOSPITAL BUIN	1	BUIN
35	HOSPITAL BARROS LUCO	3	SAN MIGUEL
45	HOSPITAL DR LUIS TISNE	1	PEÑALOLEN
46	HOSPITAL METROPOLITANO	1	PROVIDENCIA
48	HOSPITAL SALVADOR	2	PROVIDENCIA
53	CURACAVI	1	CURACAVI
56	OCCIDENTE	2	SAN MIGUEL
68	CESFAM BELLAVISTA	1	LA FLORIDA
76	HOSPITAL SOTERO DEL RIO	3	PUENTE ALTO
TOTAL		23	

Fuente: Subdirección Médica SAMU Metropolitano junio 2019

Esta distribución, permite la capacidad de llegar de forma oportuna a 50 de las 52 comunas de la Región Metropolitana, encontrándose las comunas de Til y San José de Maipo, las con mayor dificultad para el cumplimiento de los estándares de tiempo respuesta de la institución, en Traslados Primarios.

De igual manera, en las tablas N°50 y N°51, se puede apreciar la distribución de las bases avanzadas con sus respectivas ambulancias, para cubrir toda la Región Metropolitana, las cuales pueden realizar traslados primarios y secundarios.

Esta dificultad de cobertura del 100% de la superficie de la Región, en tiempos de respuesta acordes, se ve afectada por diferentes variables:

- Ubicaciones rurales a donde se debe acudir.
- Tráfico urbano y autopistas que dificultan el desplazamiento de las ambulancias.
- Educación vial de los conductores que no otorga preferencia a un vehículo de emergencia.
- Cantidad de bases limitadas, sin poder tener otras ubicaciones estratégicas.
- Concentración de las bases en el gran Santiago, pero no en toda la región.

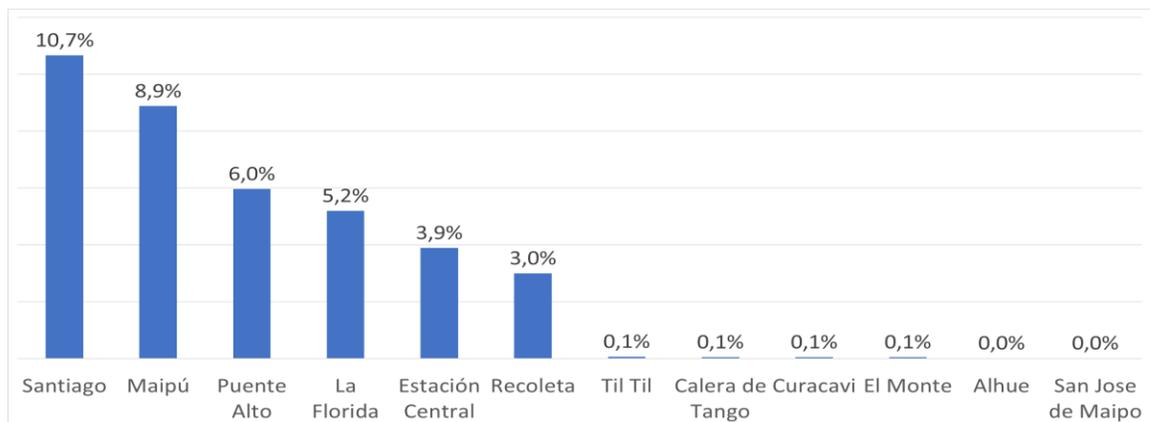
Tabla 51: Distribución de bases y ambulancias Avanzadas.

N.º BASE	BASE	N.º AMBULANCIAS	COMUNA
20	HUAP	1	SANTIAGO
21	HUAP - M3	1	SANTIAGO
14	HOSPITAL EL CARMEN	2	MAIPÚ
22	HOSPITAL SAN JOSÉ	2	INDEPENDENCIA
25	COLINA	1	COLINA
30	SAN BERNARDO	1	SAN BERNARDO
31	HOSPITAL BUIN	1	BUIN
33	HOSPITAL BARROS LUCO	2	SAN MIGUEL
40	HOSPITAL METROPOLITANO	1	PROVIDENCIA
44	POSTA 4	1	ÑUÑO A
55	FELIX BULNES	2	QUINTA NORMAL
15	MELIPILLA	1	MELIPILLA
90	LA FLORIDA	1	LA FLORIDA
66	HOSPITAL SOTERO DEL RIO	1	PUENTE ALTO
TOTAL		18	

Fuente: Subdirección Médica SAMU Metropolitano junio 2019

En la figura N°13, se aprecian las cinco comunas a las cuales la cobertura del SAMU Metropolitano cumple con la llegada de las ambulancias, en tiempos esperados, en donde se pueden realizar la mayor cantidad de traslados, tanto de naturaleza primaria básicos y avanzados, como de naturaleza secundaria, con la flota avanzada de ambulancias, mientras que se compara con las cinco comunas donde menos se realizan atenciones, que remarcan a comunas como Til Til y San José de Maipo, dentro de las dificultades para lograr llegar a tiempo.

Figura 13: Gráfico de las 6 comunas con mayores atenciones comparado con las 6 comunas con menores atenciones en julio 2019



Fuente: Unidad de Estadística SAMU Metropolitano agosto 2019

Las comunas como Calera de Tango, Curacaví, El Monte y Alhué generan poca demanda de solicitudes por la cantidad de sus llamadas y conocimiento del sistema.

Tabla 52: Resumen puntos Capacidad de Cobertura en la Región Metropolitana

Capacidad de Cobertura en la Región Metropolitana	
1	Existe una respuesta movilizada en gran parte de la región Metropolitana.
2	La cobertura en la región metropolitana se ve afectada por múltiples variables que afectan su tiempo de respuesta
Fortaleza	
Una gran cobertura movilizada en toda la región metropolitana, permitiendo responde a más del 80% de las comunas del área.	
Debilidad	
Las variables que afectan al tiempo de respuesta de las ambulancias demuestran el bajo posicionamiento de la institución en la sociedad.	

Fuente: *Elaboración propia*

3.2.3.3 Capacidad de Traslados.

De acuerdo a los dos primeros puntos, los Traslados Primarios y Secundarios, basados en la información de Agosto de 2019, proporcionada por Estadística del SAMU Metropolitano, el 61% de las solicitudes que terminan en un envío de ambulancia, corresponden a traslados primario básicos y el 39% a traslados primario avanzado, en donde un traslado primario básico (TPB) toma en promedio, aproximadamente 120 minutos, contemplando salida de la base, llegada al lugar, traslado y retenciones en los centros asistenciales, que no permiten la disponibilidad de la ambulancia para realizar otro traslado, cerrando con la llegada a su base.

De igual manera, el traslado primario avanzado (TPA), toma alrededor de 90 minutos, en seguir los mismos pasos que el TPB, pero la diferencia radica en las retenciones en los centros asistenciales. Estas ambulancias como tienen capacidad de atención eventos de mayor complejidad, son prioridad en la gestión de liberación por retenciones, por consiguiente, se optimiza la disponibilidad de estas ambulancias.

En la tabla N°53, se puede ver una estimación de traslados máximos que puede realizar una ambulancia en 24 horas. Se debe contemplar que las ambulancias básicas no realizan traslados secundarios.

Tabla 53: Capacidad de Traslados primarios y secundarios.

Tipo de Ambulancia	Cantidad de Ambulancias	T promedio de TPB, minutos	T promedio de TPA, minutos	T promedio de TS, minutos	Cantidad de TP en 24 horas por ambulancia	Cantidad de TS en 24 horas por ambulancia
Básica	23	120			12	
Avanzada	18		90	75	16	19,2
AT: Atenciones telefónicas			TPB: Traslado Primario básico			
OT: Orientaciones telefónicas			TPA: Traslado Primario avanzado			
T: Tiempo			TS: Traslado Secundario			

Fuente: Elaboración propia

En consideración con la cantidad de Traslados primarios avanzados y Traslados secundarios, de acuerdo a los datos estadísticos del SAMU Metropolitano de agosto de 2019, las ambulancias avanzadas en su totalidad realizaron un total de 2.948 traslados, siendo 2.209 primarios, 75%, y 739 secundarios, 25%, por consiguiente, se puede calcular que los traslados máximos que podría realizar la flota avanzada es de 16 traslados por ambulancia, equivalentes a 288 traslados primarios avanzados y secundarios, como lo muestra la tabla N°54 del Proyecto.

Tabla 54: Capacidad de Traslados Primarios Avanzados y Secundarios.

Ambulancia Avanzada (M2 y M3)	T promedio de TPA, minutos	T promedio de TS, minutos	Cantidad de TS o TPA en 24 hrs por ambulancia	TS y TPA máximos en 24 hrs por ambulancia
TS		75	19,2	4,8
TPA	90		16	12

Fuente: Elaboración propia

Para consolidar la capacidad máxima del SAMU Metropolitano, se pueden ver expresadas en la tabla N°55, en donde se muestra que se pueden realizar aproximadamente 1920 orientaciones telefónicas, 2304 solicitudes telefónicas, de las cuales pueden salir un total de 492 traslados primarios y 86 traslados secundarios en 24 horas.

Tabla 55: Capacidades máximas por categorías en 24 horas.

Orientaciones Telefónicas	1.920	Solicitudes Telefónicas	2.304	Traslados Primarios Básicos	276
				Traslados Primarios Avanzados	216
Solicitudes internas				Traslados Secundarios	86

Fuente: Elaboración propia

Aunque la programación de los tiempos puede variar de acuerdo con contingencias, experticia del personal, factibilidad de traslados, capacidad de detección del evento real vía telefónica u otras variables. El establecimiento de

óptimos de este Proyecto busca generar referencias, que sirvan de ayuda sobre la capacidad del SAMU y no pensar totalmente en la producción en serie.

Tabla 56: Resumen puntos Capacidad de Traslados

Capacidad de Traslados	
1	La capacidad de trasladar paciente no solo depende de la disponibilidad de ambulancias sino también de la resolutivez de las urgencias en liberar a los equipos.
2	La valoración de los móviles avanzados en la Red asistencial permite la gestión de liberación.
Fortaleza	
El reconocimiento de la Experticia de la Flota avanzada permite mayor resolutivez en la red de urgencia.	
Debilidad	
El desconocimiento de la importancia y apoyo de la Flota Básica genera largos tiempos de retención y merma en la capacidad de traslados.	

Fuente: *Elaboración propia*

3.2.4 Fortalezas y Debilidades obtenidas del Análisis Interno

De acuerdo con las tablas resúmenes realizadas en las tres partes del análisis Interno, la Cadena de Valor, las Capacidades del SAMU Metropolitano y los Recursos, se han agrupado todas las Fortalezas y las Debilidades, en grandes categorías, que proporcionan líneas claras para el desarrollo del futuro FODA, basados en los subpuntos recogidos de los análisis anteriores.

Para mantener la línea de trabajo realizada en las Oportunidades y Amenazas, nuevamente el proyecto guía su análisis de acuerdo con la mirada de Thompson et al. (2012), se deja claro que el análisis profundo de las Fortalezas y Debilidades de la Institución, se entienden como el requisito mínimo para la formulación de una estrategia, es por ende que es necesario aplicar “Inteligencia Competitiva”, que permitan visualizar los posibles rumbos que deba tomar el SAMU Metropolitano.

Por otro lado, una buena detección de fortalezas y debilidades puede ayudar a entender posicionamientos que presente el SAMU Metropolitano, tanto en la Red Asistencial pública y privada.

La tabla N°57, recoge todas las fortalezas recogidas en el análisis Interno, para detectar si existen Capacidades, que tienen que ver si existen relaciones con otras que crean una Fortaleza o si por si lo son en sí misma, para apoyar con fuerza el proceso de generación del Sistema de Control de Gestión.

Tabla 57: Capacidades que Generan Fortalezas

Administración interna del estado de un recurso estratégico	Barreras de entrada por recursos	
Existe conocimiento de la Red ante el manejo de la flota por parte de Centro Regulador	Dominio del Sector Prehospitalario	Capital Humano Reconocido
Existe un conocimiento real de los recursos claves para la prestación de los servicios.	Barreras de entrada por recursos	Dominio del Sector Prehospitalario
Altas barreras de entrada para otros servicios de urgencia prehospitalaria por tener recursos que implican inversión con retorno social y no financiero	Dominio del Sector Prehospitalario	Barreras de entrada por recursos
El SAMU cuenta con un presupuesto independiente de su rentabilidad financiera	Barreras de entrada por recursos	Dominio del Sector Prehospitalario
Cuenta con diversos activos propios para respuestas a eventos de alta complejidad, diferenciándose de otros servicios de emergencia públicos y privados	Barreras de entrada por recursos	Dominio del Sector Prehospitalario
Reconocida excelencia de los funcionarios en la emergencia prehospitalaria	Capital Humano Reconocido	
Existe un reconocimiento a la experticia de la Institucional por parte de otros actores de la emergencia en la ciudad	Capital Humano Reconocido	Dominio del Sector Prehospitalario
Existe experticia en la pertinencia del manejo de las urgencias en la Gestión telefónica, centrada en el paciente.	Capital Humano Reconocido	Dominio del Sector Prehospitalario
Una gran cobertura movilizada en toda la región metropolitana, permitiendo responde a más del 80% de las comunas del área.	Barreras de entrada por recursos	Dominio del Sector Prehospitalario
El reconocimiento de la Experticia de la Flota avanzada permite mayor resolutivez en la red de urgencia.	Capital Humano Reconocido	Dominio del Sector Prehospitalario

Fuente: Elaboración propia

Basándose en el mismo criterio ya realizado en las Oportunidades y Amenazas, en la tabla N°57, se vuelve a observar repeticiones en las capacidades que el análisis interno entrego al proyecto, agrupando tres Fortalezas constantes, que se entregan a continuación:

- **F1** Existe una posición dominante en el servicio Prehospitalario de emergencias.
- **F2** El Capital Humano es reconocido por su alto nivel de preparación en los diferentes eventos de emergencias.
- **F3** Existencia de altas barreras naturales de entrada en el rubro asistencial.

Siguiendo con la generación del análisis Interno, es preciso dejar claro que las Debilidades, es algo de lo que la Institución carece por completo con respecto a los otros actores de la industria o realiza de mala manera, que la deja en

posiciones desfavorables a su entorno, impidiendo su posicionamiento, futuro y competitividad, dejándola vulnerable en el futuro, en la mirada de Thompson et al. (2012).

Tabla 58: Deficiencias que Generan Debilidad

Falta de alineamiento en las actividades que apoyan a la mejora futura de los estándares de la Gestión Telefónica	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	Sin posicionamiento Institucional
El quiebre de algunas actividades de apoyo ponen en juego la realización de los Traslados	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	
Dependencia de servicios externos para la mantención de vehículos	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	
El desconocimiento de la importancia y apoyo de la Flota Básica genera largos tiempos de retención y merma en la capacidad de traslados.	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	Sin posicionamiento Institucional
No entrega respuesta 24/7, generando quiebres de respuesta	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	
No presta apoyo a la mejora de las actividades principales	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	
Actividad desalineada con la mejora en el desarrollo de los tres servicios de la Institución	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	Sin posicionamiento Institucional
No existen lineamientos estratégicos que guíen y persigan la capacitación de los funcionarios.	Desalineamiento y falta de Planificación	Sin posicionamiento Institucional	
No está involucrada en detectar falencias en las programaciones de las unidades que soportan la actividad principal	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	
Dependencia total de servicios externos.	Desalineamiento y falta de Planificación		
No cuenta con equipos de apoyo.	Falta de Control Interno	Desalineamiento y falta de Planificación	
Falta de políticas de comunicaciones internas.	Desalineamiento y falta de Planificación	Sin posicionamiento Institucional	
Falta de Objetivos institucionales que guíen su planificación.	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	Sin posicionamiento Institucional
No existen estándares de atención ni control de estos en el SAMU	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	
No se aprovechan los recursos para destacar su rol en la Red Asistencial siendo un apoyo para los servicios de Urgencia.	Desalineamiento y falta de Planificación	Sin posicionamiento Institucional	
Falta de claridad en las responsabilidades institucionales	Desalineamiento y falta de Planificación	Falta de Control Interno	Sin posicionamiento Institucional
Es desconocido su aporte al servicio asistencial, por ser solo conocidos como ambulancias y no como un servicio individualizado y complementario	Sin posicionamiento Institucional	Desalineamiento y falta de Planificación	
No ha generado una imagen clara y diferenciada de los centros asistenciales	Sin posicionamiento Institucional	Desalineamiento y falta de Planificación	
No existe una imagen institucional que permita compartir una idea institucional del SAMU que unifique y forme una cultura homogénea	Sin posicionamiento Institucional	Desalineamiento y falta de Planificación	
Falta de optimización y control de tiempos para una estandarización promedio en la Gestión telefónica que permita mejorar la obtención de información para la clasificación de la urgencia.	Falta de Control Interno	Desalineamiento y falta de Planificación	
Las variables que afectan al tiempo de respuesta de las ambulancias demuestran el bajo posicionamiento de la institución en la sociedad.	Sin posicionamiento Institucional		

Fuente: Elaboración propia

Por esa razón, se tomarán todas las debilidades planteadas como deficiencias de la Institución, analizándolas si existen patrones comunes detectados, que apoyen la construcción de una Debilidad real, o las ya mencionadas, son Debilidades en sí mismas.

Al utilizar el criterio de profundizar en el análisis de conjunto de todas las debilidades, tomándolas en una segunda instancia como deficiencias, como muestra la tabla N°58, se generan patrones que permiten la construcción de debilidades más robustas y que muestra una situación institucional general, presentadas a continuación:

- **D1 Desalineamiento institucional y falta de una planificación que guíe el trabajo presente y futuro y el uso de los recursos.**
- **D2 No existen políticas de posicionamiento Institucional en la Red Asistencial, que le permita ser un actor relevante.**
- **D3 Falta de formalización de metodologías de Control interno que permitan saber el estado real de la Institución en todos sus aspectos.**

El análisis FODA consolidado, nos permitirá generar la estrategia de la institución, para el desarrollo del Proyecto, y unifica las diferentes fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas encontradas en el análisis anterior, para Kaplan y Norton (2008), cuando realizamos un análisis estratégico, se debe señalar los puntos más importantes que serán la base del Sistema de Control de Gestión y su concordancia.

Este análisis, con diferentes instancias, permitirá que el proyecto del SCG, pueda centrar su mirada en problemáticas a nivel de Dirección, para el Cuadro de Mando Integral, a nivel medio con los Tableros de Gestión, pero también a los niveles operacionales, con el Modelo de Análisis de Desempeño, que puede llegar a comportamiento muy específicos.

3.3 Consolidado del FODA

En este punto, el Proyecto consolidará y explicará cada una de las Oportunidad y Amenazas obtenidas del Análisis Externo y de las Fortalezas y Debilidades obtenidas del Análisis Interno, para después diseñar el cuadro de posicionamiento estratégico para el SAMU Metropolitano.

“Un análisis FODA excelente ofrece las bases para idear una estrategia que capitalice los recursos de la empresa, se dirija a aprovechar sus mejores oportunidades y la proteja de las amenazas a su bienestar” (Thompson et al., 2012, p 101).

3.3.1 Consolidado de Oportunidades

A continuación, se desarrollan las tres Oportunidades Centrales, consolidadas de acuerdo con los diferentes análisis realizados en los capítulos anteriores, las cuales permitirán realizar el análisis FODA Cuantitativo.

O1.- Creciente mirada en el derecho a la Salud de las personas en aumento de prestaciones y fortalecimiento del desarrollo nacional.

Actualmente, la salud es un punto central en el análisis político mundial, con respecto a la urgente necesidad de la prestación del servicio, y el rol que cumplen los Gobiernos sobreponiendo el bienestar de la sociedad, sobre otros factores, con iniciativas priorizadas en la entrega asistencial a la población.

No solo son los Centros Asistenciales, los que pueden apoyar al cambio de la cara de la salud, se ha visto un creciente interés de organismos públicos, municipalidades, gobiernos regionales y hasta centros asistenciales, apoyando un sistema de salud que ubique a las atenciones domiciliarias como pilar fundamental en la descongestión de las instalaciones, que no pueden crecer a la velocidad de la demanda ciudadana.

Existe una demanda insatisfecha en la atención a los pacientes y la cobertura de prestaciones de salud, que los edificios no pueden subsanar, por el tiempo que lleva construirlos y sus costos, generando una rigidez al momento de responder, de la cual, para las urgencias a nivel nacional, no se remarca la potencialidad que tiene el SAMU, en la Red Asistencial.

O2.- Necesidad de interconexión de la Red Asistencial en el monitoreo de la población para aumentar la resolutivez sanitaria.

Actualmente, se han realizado iniciativas en las cuales se ha ido incorporando de forma paulatina en algunos Centros Asistenciales, la Ficha Clínica Electrónica, permitiendo el acceso de la historia de los pacientes, para compartirla en la Macro Red Asistencial, mejorando el conocimiento que se tiene de la historia del paciente, eliminando las antiguas fichas de papel, que al final no prestan ayuda alguna al momento de ser atendido por un especialista, en el largo plazo.

El creciente interés en la mejora de la Atención Sanitaria obliga al sistema a buscar soluciones a los problemas actuales, presentando nuevas formas de ver la salud, sus prestaciones y la información.

El avance tecnológico que se necesita es un cambio no solo en los procesos internos, sino en la forma en que se ve lo que es una atención, quienes son los diferentes actores que generan información con respecto a la atención del paciente, permitiendo conexión y posibilidades de acceso a información con unidades remotas, generando incluso indicaciones de pre llegada de pacientes que se encuentre inestables, con altos niveles de riesgo.

O3.- Responsabilidad del País de entregar una respuesta sanitaria de emergencias en todo momento y a toda la población.

Actualmente, las atenciones prehospitarias, en el mundo privado, no son los que generan grandes ingresos, están integradas a un centro asistencial que genera el grueso de las atenciones, generando el valor agregado, para hacer rentable la actividad prehospitalaria, por eso no existen los incentivos para ingresar al mercado total de las personas de la región metropolitana, por el efecto de incobrabilidad, motivo por el cual prefieren pre vender los servicios o enfocar sus esfuerzos en zonas de la región.

Por otro lado, hoy en día las unidades de Urgencia, cada día más colapsadas, no generan las dinámicas necesarias para que los pacientes C4 y C5 dejen de colapsar sus instalaciones. Es aquí, donde el bajo desarrollo del sistema prehospitalario es una gran oportunidad para mejorar la calidad de la salud, en donde su rol de categorizador y filtro ayudaría a bajar los niveles de congestión existentes en la Red Asistencial pública.

Tabla 59: Oportunidades SAMU Metropolitano.

Oportunidades	
O1	Creciente mirada en el derecho a la Salud de las personas en aumento de prestaciones y fortalecimiento del desarrollo nacional.
O2	Necesidad de desarrollo de la Red Asistencial en el monitoreo de la población para aumentar la resolutivez sanitaria.
O3	Responsabilidad del País de entregar una respuesta sanitaria de emergencias en todo momento y a toda la población.

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°59 consolida todas las oportunidades presentadas en los análisis de los capítulos anteriores y unifica en tres Oportunidades Centrales, que facilitarán el análisis del FODA cuantitativo, potenciando el desarrollo del Proyecto, para el diseño del Sistema de Control de Gestión para el SAMU Metropolitano.

3.3.2 Consolidado de Amenazas

A continuación, de igual manera que se desarrolló en las oportunidades, las amenazas son consolidadas en tres Amenazas Centrales, de acuerdo con los diferentes análisis realizados en los capítulos anteriores, las cuales apoyarán el análisis del FODA cuantitativo.

A1.- Cambios en las políticas de presupuesto por decisiones gubernamentales basadas en los resultados de corto plazo.

La gran amenaza que tienen los servicios públicos a la hora de generar sus estrategias de mediano plazo, son los cambios de gobierno y la generación de discontinuidad de la planificación en la institución, por la dependencia del rol que las nuevas políticas gubernamentales quieren para cada una de ellas.

Este tipo de acciones, el cambio de políticas gubernamentales, rompen con el trabajo realizado durante periodos importantes, dejando a las Instituciones y sus miembros en un estado de desorientación, teniendo que rediseñar o actuar sobre la marcha, debiendo muchas veces, replanificar sin tener un sentido claro de lo que se les pide que deben hacer.

Es aquí, donde las inconstantes de lineamientos, generan la famosa mala percepción de la sociedad ante el sistema público de salud, en donde las descoordinaciones de la red se producen por cambios en las estrategias establecidas, quedando cada centro asistencial preocupado solo de sus resultados, esperando que no les impacte el mal desempeño en la Red.

A2.- Lenta evolución de la legislación nacional en aspectos que limitan el desarrollo e inversión de los servicios a la comunidad.

Los fenómenos que afectan a la Salud hoy en día tienen una gran variación, debido a todos los agentes externos que afectan en el comportamiento de las patologías, no permitiendo estar preparados ante contingencias o eventos centinelas que suceden en la salud de las personas, desde el punto de vista de la legislación.

Salvar una vida por sobre cualquier cosa, como premisa clínica, se contrapone con otras regulaciones como Ley del Tránsito, la cual no justifica ciertas acciones a los vehículos de emergencia. La importancia de que las leyes que regulan el actuar de equipos sanitarios de esta categoría son relevante, por lo cual hoy en día genera una gran amenaza la inexistencia de estas consideraciones.

Otra variable importante que impacta a los recursos que puede generar una institución como el SAMU, es la preferencia de los pagos de Seguros obligatorios a los Centros Asistenciales como Hospitales y Clínicas y no a los Centros Especializados como el SAMU, debido a que no se reconoce su atención.

Existe un creciente choque entre los derechos a la Salud y la burocracia regulatoria que generan cambios en el manejo de los recursos financieros, para mejorar la satisfacción de la demanda de prestaciones Asistenciales. Sumado el efecto migratorio que día a día muestra las falencias del sistema.

A3.- Iniciativas de inversión y desarrollo centradas en los Centros Asistenciales intrahospitalarios, por su relevancia social.

La integración hacia atrás de los Centros Asistenciales, perfeccionando el manejo de su propia flota de ambulancias se transforma en una amenaza que no es lejana a la realidad del SAMU, tomando en cuenta que son estos los que contienen las disponibilidades de camas y en comparación, son los que mayores montos de inversión tienen dentro de la Red Asistencial.

Por otro lado, como se ha señalado, las decisiones políticas de turno conllevan a tomar opciones presupuestarias que se enfocan más en las prestaciones abiertas y cerradas, en vez de mirar a las diferentes posibilidades que tiene lo extrahospitalario (prehospitalario), por lo que disminuir presupuesto a una institución pequeña, es una opción muy viable.

Por último, es importante entender que la sociedad ve a los Hospitales, como los únicos que dan la respuesta de salud y solución a sus urgencias, donde se desconoce que no son los únicos en entregar los servicios sanitarios. Existe un real desconocimiento de los sistemas alternativos públicos gratuitos y sus ubicaciones, por lo cual, el bajo conocimiento de la sociedad sobre el sistema prehospitalario y cuál es su utilidad, debe ser tomado como un punto relevante en la toma de decisiones a nivel central para la entrega de respuesta sanitaria a la sociedad.

En la tabla N°60 consolida todas las amenazas presentadas en los análisis de los capítulos anteriores y unifica en tres Amenazas Centrales, que facilitarán el análisis del FODA cuantitativo, potenciando el desarrollo del Proyecto, para el diseño del Sistema de Control de Gestión para el SAMU Metropolitano.

Tabla 60: Amenazas SAMU Metropolitano

Amenazas	
A1	Cambios en las políticas de presupuesto por decisiones gubernamentales basadas en los resultados de corto plazo.
A2	Lenta evolución de la legislación nacional en aspectos que limitan el desarrollo e inversión de los servicios a la comunidad.
A3	Iniciativas de inversión y desarrollo centradas en los Centros Asistenciales intrahospitalarios, por su relevancia social.

Fuente: Elaboración propia

3.3.3 Consolidado de Fortalezas

A continuación, de igual manera que se desarrolló en las oportunidades y amenazas, las tres Fortalezas Centrales, de acuerdo con los diferentes análisis realizados en los capítulos anteriores, con miras al análisis de cuadrantes que permita controlar el resultado de los valores que entregará.

F1.- Existe una posición dominante en el servicio Prehospitalario de emergencias.

Una de las principales fortalezas del SAMU Metropolitano es contar con ubicación de bases en diferentes sectores de la región, descentralizados, permitiendo tiempos de respuesta que, aunque no son de estándar internacional, permiten entregar la mejor respuesta en toda la región, contando con 56 ambulancias propias, la dotación más grande a nivel regional, de ambulancias de emergencia.

Las instalaciones del Centro Regulador logran tener un centro de control autónomo, con recursos adecuados para poder categorizar la demanda

ciudadana, con amplio manejo de la información de la Red, que permite que genere una respuesta acorde en diferentes tipos de eventos de alta complejidad.

A la par de estos temas, cuenta con un equipo administrativo exclusivo para la Institución, a diferencia de otros servicios prehospitalario. Este crecimiento ha permitido que el modelo de Centro de especialidad sea referente nacional en ámbitos Administrativos y Sanitarios en el área prehospitalaria.

F2.- El Capital Humano es reconocido por su alto nivel de preparación en los diferentes eventos de emergencias.

Los funcionarios del SAMU Metropolitano cuentan con una amplia experiencia y experticia en todo tipo de situaciones y acontecimientos de emergencia a nivel sanitario, por ser la unidad movilizada del Minsal, lo que le permite ser reconocidos por los otros equipos de emergencia.

Existe un compromiso con la responsabilidad de los funcionarios hacia la ciudadanía, puntos fuertes del Capital Humano, es que se trabaja en cuanto a logros de atención, esto refuerza a que los equipos respondan con el máximo esfuerzo para la entrega de apoyo al proceso del Servicio Prehospitalario.

Esta cultura de compromiso operativo de los funcionarios es la que primariamente ha permitido pasar de una unidad a una institución. Esta fortaleza es la que logra mostrar de mejor manera el compromiso de cada uno de los funcionarios y la cultura de hacer propia la Institución.

F3.- Existencia de altas barreras naturales de entrada en el rubro asistencial.

En el mundo de la salud, existen barreras específicas que no todos los que intentan ingresar a esta industria lo logran con éxito, muchos quedan en el camino por las regulaciones necesarias.

Primero se debe cumplir con el Código Sanitario D.F.I. N° 725/68 que rige para la instalación de cualquier establecimiento público o particular de asistencia médica, esto quiere decir hospitales, clínicas, policlínicos, sanatorios, asilos, casas de reposo, laboratorios, institutos de fisioterapia y psicoterapia entre otros, los cuales deben ser autorizados por el servicio de salud respectivo. Quien autoriza Sanitariamente el funcionamiento de una institución prestadora de Salud, es la secretaria regional Ministerial de Salud, quien regula que se cumplan con todas las normas. En el D.F.L. N° de 1989 de determina que en materias que

requieren autorización Sanitaria Expresa, se definen los diferentes requisitos obligatorios para el funcionamiento, por lo cual antes de funcionar, el establecimiento debe entregar la solicitud AS, Autorización Sanitaria, a la SEREMI de Salud.

El SAMU Metropolitano por ser el único centro prehospitalario de alta complejidad, está incluido en la aprobación de la SEREMI de Salud, para su reconocimiento como centro asistencial, siendo el único SAMU hoy en día en funcionar por mandato Ministerial como un centro, por lo cual, para otras instituciones prehospitalarias, el existir de igual manera, requiere el desarrollo u gestación del proceso de reconocimiento de solicitud de AS.

La tabla N°61 consolida todas las fortalezas presentadas en los análisis de los capítulos anteriores y unifica en tres Fortalezas Centrales, que facilitarán el análisis del FODA cuantitativo, potenciando el desarrollo del Proyecto, para el diseño del Sistema de Control de Gestión para el SAMU Metropolitano.

Tabla 61: Fortalezas SAMU Metropolitano

Fortalezas	
F1	Existe una posición dominante en el servicio Prehospitalario de emergencias.
F2	El Capital Humano es reconocido por su alto nivel de preparación en los diferentes eventos de emergencias.
F3	Existencia de altas barreras naturales de entrada en el rubro asistencial.

Fuente: Elaboración propia

3.3.4 Consolidado de Debilidades

A continuación, para concluir con las consolidaciones, de acuerdo con los diferentes análisis realizados en los capítulos anteriores, se realizan las tres Debilidades Centrales, siguiendo el lineamiento de construcción de una matriz de análisis del FODA cuantitativo que permita controlar el resultado de los valores que entregará.

D1.- Desalineamiento institucional y falta de una planificación que guíe el trabajo presente, futuro y el uso de los recursos.

Uno de los principales problemas de todas las instituciones, es el manejo de los recursos, debido a que son de naturaleza finita. Es aquí donde la capacidad planificar la gestión se transforma en una debilidad del SAMU Metropolitano, que genera desalineamientos internos, que dificulta el trabajo diario.

Los miembros de la Institución no ven objetivos claros a perseguir, perdiéndose en no conocer sus responsabilidades, cuáles son sus funciones o el para que exista el SAMU Metropolitano, aplicado a su línea de trabajo, independiente de si es una tarea asistencial o administrativa.

El desconocimiento por parte del gobierno central de las necesidades de la Institución se genera, primero por la poca claridad interna del SAMU Metropolitano, con respecto a cuál es su horizonte, su propia Cadena de Valor y el valor de su trabajo para la comunidad y la Red asistencial.

D2.- No existen políticas de posicionamiento Institucional en la Red Asistencial, que le permita ser un actor relevante.

El problema de visibilidad que tienen el SAMU Metropolitano o la imagen de su rol en la Red Asistencial hace que incluso los centros asistenciales vean a esta Institución como un agente negativo en sus gestiones propias. De acuerdo con los sondeos de las redes de urgencia, el sentir es que el SAMU Metropolitano llenan sus instalaciones de pacientes, lo cual solo muestra malos rendimientos.

Por esta razón, existe una baja disposición de los centros asistenciales a la integración en la Red de Emergencia Metropolitana del SAMU Metropolitano, especialmente en invierno, donde la demanda de camas en toda la red aumenta de forma exponencial, debido a esto, la imagen de la Institución está asociada a un agente que colapsa el sistema, que afecta a la funcionalidad en los centros asistenciales y no como una agente de apoyo.

El SAMU ha fallado en utilizar sus recursos para generar una mejor imagen con los centros asistenciales, mostrando las ventajas de trabajar en conjunto, destacando el aporte que puede realizar a la Red y así ayudar a dar forma a su rol sanitario dentro del Minsal y las Emergencias.

D3.- Falta de formalización de metodologías de Control interno que permitan saber el estado real de la Institución en todos sus aspectos.

Aunque el control de las actividades que se realizan dentro de una organización debería ser más que una acción, un deber, dada la falta de asignación de responsabilidades, vía formal, la falta de formalización de metodologías de control internos, en los diferentes niveles, mantienen a la Dirección del SAMU Metropolitano, sin ver el panorama completo de la Institución, desde los Asistencial hasta lo Administrativos.

Las unidades, al no tener responsabilidades formalmente asignadas, implementan las metodologías que les acomodan y no necesariamente en favor de cumplimientos de mejoras para la institución, sino apoyando a que el trabajo que cada funcionario realiza respalde que trabaja, pero no con una visión de futuro enfocado en objetivos conocidos.

Como se mostró en la UEN, el modelo prehospitalario, es muy distinto a lo que normalmente se conoce como atención de salud, por lo cual, es fundamental generar metodologías claras que permitan primero conocer la realidad institucional y medir los rendimientos actuales, entendiendo que muchas iniciativas iniciales serán poner en marcha la “Cultura de la Medición y el Control”.

Tabla 62: Debilidades SAMU Metropolitano.

Debilidades	
D1	Desalineamiento institucional y falta de una planificación que guíe el trabajo presente, futuro y el uso de los recursos.
D2	No existen políticas de posicionamiento Institucional en la Red Asistencial, que le permita ser un actor relevante.
D3	Falta de metodologías de Control interno que permitan saber el estado real de la Institución en todos sus aspectos.

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°62, consolida todas las debilidades presentadas en los análisis de los capítulos anteriores y unifica en tres Debilidades Centrales, que facilitarán el análisis del FODA cuantitativo, potenciando el desarrollo del Proyecto, para el diseño del Sistema de Control de Gestión para el SAMU Metropolitano.

3.4 Posicionamiento estratégico de la empresa

El Análisis FODA busca dibujar el entorno de la Institución dentro de la industria donde se desempeña, reconociendo en sus competencias sobre el ambiente en el que se desenvuelve en conjunto con los otros actores que afectan su desarrollo, los recursos propios que ayudan en mayor o menor medida generar barreras de protección y las capacidades dadas por su recurso humano u otros, apoyan a determinar cuál es la estrategia que permite dirigir al SAMU Metropolitano hacia el cumplimiento de su Visión.

De acuerdo con esta herramienta, FODA, apoya a reconocer cuales, con las Oportunidades y Amenazas existentes en la industria, basadas en el análisis

PESTEL y las 5 fuerzas de Porter (1982), aportándonos como la imagen del paisaje total del medio ambiente.

Así también, el análisis de la cadena de valor, recursos y capacidades aportan al FODA Fortalezas y Debilidades con las cuales la Institución debe hacer frente, debido a su característica de ser internas, para poder al final apoyar el análisis estratégico donde deben abordarse los puntos más importantes como se señala por Kaplan y Norton (2008).

A continuación, se muestra el análisis de cuadrantes del FODA, de acuerdo con todas las Oportunidades, Amenazas, Fortalezas y Debilidades señaladas en los puntos anteriores. En este punto, bajo la premisa de generar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas consolidadas, que entreguen mayor profundidad al análisis de cada uno de los puntos del FODA, se construye la matriz Cuantitativa, que se encuentra en la figura del Anexo N°2, ahí se muestran las relaciones de cada variable.

Este análisis se cerrará con el análisis cuadrante por cuadrantes, que explicará las relaciones más fuertes y los puntos de focalización que debe tener el desarrollo del sistema de Control de Gestión.

3.4.1 Análisis Fortalezas – Oportunidades.

De acuerdo con el FODA cuantitativo presentado, la fortaleza principal del SAMU Metropolitano es su capital humano (F2), el cual es reconocido claramente dentro de la Red tanto pública como privada y ha demostrado a lo largo de los años su compromiso con el servicio.

Este recurso es central al momento de analizar las oportunidades que se presentan para el SAMU, sobre todo en el bajo desarrollo del servicio prehospitalario. Si tomamos en cuenta que la visión del SAMU es ser un referente no solo nacional, sino latinoamericano, es fundamental generar políticas para generar estándares de formación del Capital Humano, que permitan mantener dentro de la institución la experticia acumulada en quienes desarrollan sus funciones, apoyándose en planes de capacitación constantes, acompañados de la integración de herramientas de TI, que mejoren la capacidad de respuesta en la realización de los servicios de Gestión Clínica, Traslado Primario y Traslado Secundario.

Estas políticas deben ser capaces de mantener las fortalezas de la posición dominante en el servicio prehospitalario, y poder tomar de forma activa las

oportunidades presentes en el entorno como un posible aumento de presupuesto, la incorporación de nuevas tecnologías o transformarse en un actor relevante en el mundo sanitario, generando un crecimiento en diferentes áreas como la cantidad de traslados e intervenciones, la gestión telefónica y otros servicios.

Punto para focalizar: Crear e implementar una política de estandarización del capital humano basado en la excelencia en la atención sanitaria, con apoyo de tecnologías, que apoye el desempeño institucional y el posicionamiento en la Red Asistencial.

3.4.2 Análisis Fortalezas – Amenazas

Realizando el mismo ejercicio, queda claro que la amenaza más fuerte que tiene el SAMU hoy en día es el cambio del sentido presupuestario, que pudiese generar disminuciones (A1), debido a que los objetivos que tiene cada gobierno instrumentalizan algunas instituciones, olvidando su real naturaleza y desvirtuando sus objetivos para el cumplimiento de acciones que no generan valor al entorno completo, de acuerdo con una mirada centralizada.

Tomando en cuenta que no es un escenario que puede controlar, usando sus fortalezas, que antes fueron mencionadas como los recursos físicos, capital humano de excelencia y barreras de entradas que la protegen, se debe seguir trabajando en la especialización en su área prehospitolaria de urgencias y emergencias, sin olvidar su rol articulador de la Red Asistencial y entender cuál es el verdadero aporte que puede generar, no solo el traslado de pacientes, sino también descongestionando los centros asistenciales y siendo una alternativa competitiva para futuras inversiones, para no quedar como un servicio altamente reemplazable.

Punto para focalizar: Desarrollar planes de mejora que transformen al SAMU Metropolitano en la Institución de respuesta rápida sanitaria pública extrahospitalaria para toda la Región Metropolitana, integrándose a la Red Asistencial.

3.4.3 Análisis Debilidades – Oportunidades

En el análisis de este cuadrante, queda claro que se mantiene la fuerza de la oportunidad de la creciente preocupación mundial por el derecho a la Salud que puede generar aumento en el presupuesto (O1) contrarrestado por su mayor debilidad, que es la imagen dentro de la Red Asistencial (D2), debido a ser reconocidos solo como ambulancias que transportan pacientes y llenan las

instalaciones, sin resaltar el potencial aporte que se puede generar a los servicios de urgencia de los distintos centros asistenciales.

Como se señaló anteriormente, la percepción de la atención, por las personas se ve como un todo, donde si no se ataca la debilidad del desconocimiento de la relevancia del SAMU y el aporte que puede generar en múltiples áreas, no solo asistencial, sino de monitoreo de eventos centinela, respuesta ante catástrofes y otras, será muy difícil poder transformar las oportunidades actuales, para el cumplimiento de los objetivos de la Institución, es por eso por lo que su imagen debe ser potenciada en todos los círculos en los cuales actúa, siendo la identificación y diferenciación dentro de los servicios que presta, la base del trabajo a seguir.

Tomando en cuenta el escenario de este cuadrante, es fundamental una política de definición del rol de la institución en el ámbito sanitario, reforzado por un trabajo en educación en la sociedad al experimentar los servicios del SAMU Metropolitano, donde se resalte que lo diferencia entre un centro asistencial cerrado y abierto con un Prehospitalario, en sus tres servicios: Gestión Telefónica, Traslado Primario y Traslado Secundario, esto le permitirá combatir sus debilidades y tomar las oportunidades para trabajar en una posición relevante, en una industria bajamente desarrollada, en la cual son expertos, pero irónicamente no se han posicionado en la mente de la comunidad.

Punto para focalizar: Desarrollar una definición del rol de la Institución, basado en la diferenciación en la experiencia en los servicios Prehospitalarios que se entregan con respecto a el mundo asistencial abierto y cerrado.

3.4.4 Análisis Debilidades – Amenazas

Al analizar este cuadrante, es fundamental entender la relación que existe entre la debilidad más relevante y la amenaza más importante, y esto debe a que la fragilidad del impacto e imagen del servicio prehospitalarios (D2), puede ser muy afectado ante una posible disminución de presupuesto (A1), quedando muy reducido su campo de acción y su capacidad de respuesta ante las solicitudes de la Comunidad.

Es aquí esencial generar las políticas operativas que aseguren operatividad y eficiencia de los recursos para ser un actor relevante y articulador en la Red asistencial, con un servicio movilizados 24/7 y siempre reforzando una imagen

de altos estándares. Hoy en día existen muchos tipos de ambulancias, y siguiendo los modelos internacionales, como el SAMUR de Madrid, el SAME de la Provincia de Buenos Aires o el MDA de Israel, su imagen fuera de las redes asistenciales en las que están incorporadas, les ha permitido mostrar su real aporte de la salud ciudadana y su rol en el orden público ante emergencias masivas.

Como se ha reiterado, hoy el SAMU Metropolitano no tiene esa posición ni ese reconocimiento dentro de la red asistencia, imagen que, si tiene en frente a los actores de las emergencias y urgencias del país como bomberos, carabineros y otros, por lo cual la toma de decisiones públicas en el área sanitaria no contempla grandes inversiones, en un área que podría ser un gran apoyo para la red asistencial.

Punto para focalizar: Diseñar un Plan Estratégico del SAMU Metropolitano donde se posicione como un Centro fundamental en las Urgencias y Emergencias, asegurando respuesta sanitaria en todo momento, con altos estándares.

3.4.5 Cuadro de Posicionamiento estratégico de la empresa

Como objeto de consolidar el análisis FODA antes presentado, a continuación, se muestra un esquema de los cuadrantes que resumen las estrategias identificadas a desarrollar. Estas estrategias están en concordancia con todo el desarrollo anterior, desde los puntos encontrados en cada análisis, su posterior transformación en Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que agrupan las principales ideas, pero a la vez al generar el FODA cuantitativo, permite indagar más profundamente en cómo se deben generar estas estrategias y que puntos deben resolver, para poder realizar un buen SCG para el SAMU.

Es fundamental entender que este tipo de análisis no tienen precedentes oficiales dentro de la Institución, siendo un real aporte la metodología desarrollada al generar un FODA encuadrado en un panorama institucional y no solamente clínico, que orienta pasos a seguir estratégicos más claros y desnuda la realidad institucional, reagrupándola en variables que pueden ser trabajadas.

Figura 14: Cuadro de posicionamiento estratégico SAMU Metropolitano

Externo/ Interno	Oportunidades	Amenazas
Fortalezas	Crear e implementar una política de estandarización del capital humano basado en la excelencia en la atención sanitaria, con apoyo de tecnologías, que apoye el desempeño institucional y el posicionamiento en la Red Asistencial.	Desarrollar planes de mejora que transformen al SAMU Metropolitano en la Institución de respuesta rápida sanitaria pública extrahospitalaria para toda la Región Metropolitana, integrándose a la Red Asistencial.
Debilidades	Desarrollar una definición del rol de la Institución, basado en la diferenciación en la experiencia en los servicios Prehospitalarios que se entregan con respecto a el mundo asistencial abierto y cerrado.	Diseñar un Plan Estratégico del SAMU Metropolitano donde se posicione como un Centro fundamental en las Urgencias y Emergencias, asegurando respuesta sanitaria en todo momento, con altos estándares.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la figura N°14, las principales directrices que debe seguir el SAMU Metropolitano, para cambiar el escenario actual, a uno favorable para su desarrollo institucional es:

1. Utilizar el Talento Humano para transformar en realidad las oportunidades existentes.
2. Integrar al SAMU Metropolitano en la Red, como articulados, basado en sus fortalezas.
3. Diferenciar el servicio Prehospitalario de Urgencia, para el posicionamiento en la ciudadanía.
4. Generar líneas de trabajo basadas en una Planificación Estratégica.

En los capítulos siguientes, las ideas expresadas en este consolidado tomarán forma apoyadas por las líneas fundamentales para el desarrollo de la Formulación Estratégica desarrollada para el SAMU Metropolitano para la confección del Sistema de Control de Gestión, que es el objetivo de este Proyecto.

CAPÍTULO 4. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

En el siguiente capítulo se desarrollará la propuesta de valor para el SAMU Metropolitano, de acuerdo con los diferentes análisis confeccionados en los capítulos anteriores y la aplicación de herramientas como la Curva de Valor, para fortalecer y unificar el Proyecto.

Para el trabajo y desarrollo de la Curva de Valor, ante la inexistencia de análisis de esta envergadura en la Institución, se solicitó la ayuda de un panel de expertos, con más de 10 años de experiencia en el sistema prehospitalario y la salud pública, quienes apoyaron a complementar la mirada del proyecto.

Esta mirada, es complementada con los distintos autores, para generar un nexo entre el conocimiento prehospitalario de esta institución y la mirada teórica del Sistema de Control de Gestión, para la construcción de una Estrategia.

4.1 Análisis de la curva de Valor y selección de atributos clave

En el siguiente punto, se desarrollará la Curva de Valor del SAMU Metropolitano, de acuerdo con los **atributos claves** detectados en los servicios prehospitalarios de acuerdo con los estándares internacionales en los sistemas de emergencias, *NENA (The 911 Association)* y la experiencia recogida por el desarrollador del Proyecto en conjunto con expertos de las áreas de Regulación, Intervención y Comunicaciones de la institución, para determinar los atributos más valorados por las personas, en los servicios prehospitalarios.

Tabla 63: Relación entre la Cadena de Valor y la Curva de Valor SAMU Metropolitano

Cadena de Valor	Curva de Valor
Atención y Gestión de las llamadas / Monitoreo Red de Urgencia/ Comunicaciones / Capacitación y formación	Gestión Telefónica
Traslado Primario e Intervención / Traslado Secundario / Control Operativo Diario	Atención Prehospitalaria
Gestión de Flota / Capacitación y formación / Abastecimiento y compras / Gestión de RRHH	Equipos y Recursos
Atención y Gestión de las llamadas / Apoyo Jurídico / Monitoreo RED de Urgencia / Control de Gestión / Comunicaciones	Comunidad y comunicaciones

Fuente: Elaboración propia

Para trabajar los atributos, se utilizará la herramienta de la Curva de Valor señalada en la estrategia del Océano Azul, en donde “Los océanos azules se definen como espacios de mercado no aprovechados y por la creación de demanda y oportunidades para un crecimiento altamente rentable” Chan Kim y Mauborgne (2005, p5).

Primero, para la definición de la Curva de Valor los atributos trabajados fueron organizados en 4 grandes familias: Gestión Telefónica, Atención Prehospitalaria, Equipos y Recursos y por último Comunidad y Comunicaciones, que son las principales áreas donde se percibe que las personas valoran el servicio de la institución. Las tres primeras familias, hacen referencia a procesos propios del SAMU Metropolitano en cambio la última familia se hace responsable de la necesidad de posicionar a la institución en la región y la Red Asistencial, bajo las directrices desarrolladas en el capítulo anterior.

Para la definición de la Cadena de Valor se consideró el detalle de los servicios prestados, o que en su defecto se derivan de cada atributo principal, dando más importancia a las relaciones fundamentales de las actividades de apoyo, dando soporte al buen desarrollo de las actividades.

De acuerdo con el trabajo realizado con el panel de expertos mencionado, la tabla N°63, muestra la relación elaborada existente entre las actividades principales y de apoyo de la cadena de valor, como se vinculan con los servicios que genera la Institución para el diseño de la Curva de Valor, pero se expresará que valoran las personas de cada variable

- **Tiempo de espera Telefónico**, desde el momento en que se marca el 131 a cuando es contestada la llamada, sea el menor posible, evitando escuchar una grabación de espera.
- **Cordialidad de los Operadores telefónicos**, quien contesta el teléfono entienda su emergencia, entregándole un trato amable pero empático a la vivencia que genera el llamado.
- **Respuestas acordes al caso planteado**, las indicaciones que se entregan, sean claras y generen concordancia con la urgencia.
- **Acceso telefónico a toda la Región Metropolitana**, de todo punto de la región metropolitana que marquen al 131, no exista la posibilidad de derivación a números particulares u otros servicios.

- **Tiempo de espera en el lugar de la emergencia**, cuando se despacha la ambulancia, la espera en el lugar sea el menor posible, para que el solicitante confíe en el servicio.
- **Respuesta de ambulancia en toda la Región**, en cualquier lugar donde ocurra una emergencia, se despache una ambulancia si es necesario.
- **Cordialidad del personal en ambulancia**, informar, tranquilizar y tratar a las personas con lenguaje y comportamiento controlado, que genere confianza en el equipo humano.
- **Tiempo de traslado a Centro Asistencial**, cuando se moviliza a un paciente, llevarlo en el menor tiempo posible, porque entienden que ir a un centro asistencial considera un nivel de gravedad del paciente.
- **Confianza en el estado de la ambulancia**, deben mantenerse siempre en buen estado, tanto en lo mecánico como su higiene, evitando malas experiencias con el paciente.
- **Exámenes tomados con Equipos Médicos**, el profesionalismo se complementa con los procedimientos apoyados de equipos, que apoyan la entrega de información al pacientes y acompañantes.
- **Integración servicios de urgencia y emergencia**, la rápida entrega de un paciente genera seguridad, confianza y acogida.
- **Educación en el uso del 131**, cuando llamar y cuando no, es fundamental para no generar frustración en el servicio. La educación ayuda incluso cuando se redirecciona una llamada.
- **Participar con la Ciudadanía**, las actividades que enseñan y educan, apoyan a la percepción de seguridad y confianza, al conocer el servicio.
- **Acceso al 131 vía internet**, es valorada la conexión en distintas plataformas, que permiten mantener el contacto con el servicio.

Es importante señalar, que serán cuatro familias de variables, en donde se agregó Comunidad y comunicaciones, debido a que se ha demostrado en los diferentes análisis realizados en los capítulos anteriores, que la definición del rol de SAMU Metropolitano y su posición no solo en la Red Asistencial, sino que en la comunidad, son factores críticos para el fortalecimiento de su imagen y la definición de los estándares que debe cumplir, para generar la captura de valor en quienes depende de este servicios; todo lo anterior con la finalidad de consolidar un servicio reconocido no solo por los actores de las urgencias y emergencias, sino por todos los organismos con los que interactúa.

Tabla 64: Curva de Valor y sus variables, con puntaje del SAMU y puntaje esperado

Familia de Variables	N°	Variables de la Curva de Valor	SAMU	Esperado
Gestión Telefónica	1	Tiempo de espera Telefónico	3	1
	2	Cordialidad de los Operadores telefónicos	3	4
	3	Respuestas acordes al caso planteado	4	5
	4	Acceso telefónico a toda la Región Metropolitana	4	5
Atención Pre Hospitalaria	5	Tiempo de espera en el lugar de la emergencia	3	1
	6	Respuesta de ambulancia en toda la Región	3	5
	7	Cordialidad del personal en ambulancia	5	5
	8	Tiempo de traslado a Centro Asistencial	4	3
Equipos Físicos	9	Confianza en el estado de la ambulancia	4	5
	10	Exámenes tomados con Equipos Médicos	4	4
Comunidad y Comunicación	11	Integración servicios de urgencia y emergencia	2	3
	12	Educación en el uso del 131		4
	13	Participar con la Ciudadanía		5
	14	Acceso al 131 vía internet		3

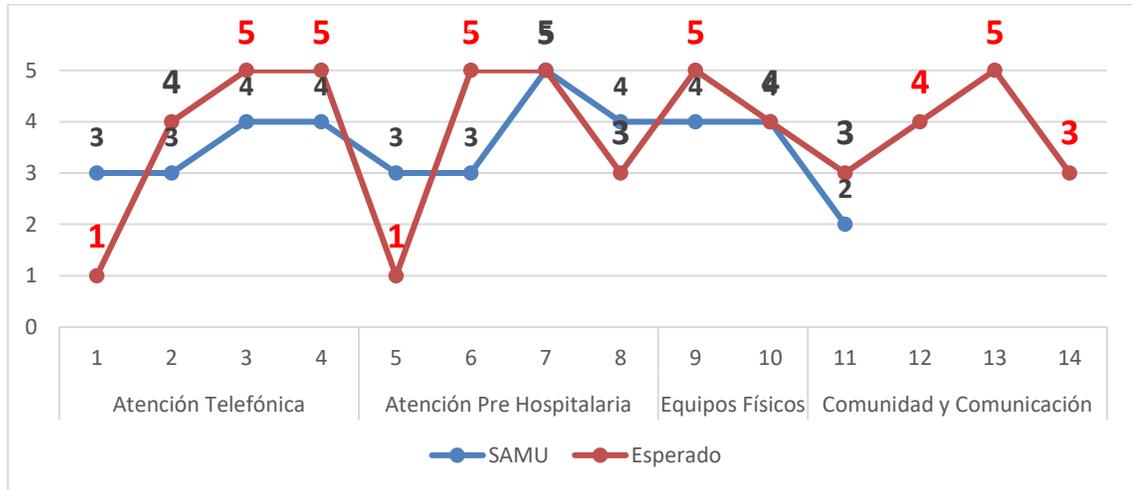
Variables N° 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13 y 14 trabajan con una escala de 1 a 5, donde 1 representa un puntaje muy bajo y 5 un puntaje muy alto esperado, siendo muy valorado
Variables N° 1, 5 y 8 trabajan con una escala de 1 a 5 el tiempo de espera o traslado, donde 1 es muy bajos tiempos son muy valorados y 5 es muy altos tiempo son muy poco valorados

Fuente Co-Elaboración con panel de expertos SAMU Metropolitano marzo 2019, Coordinadora Centro Regulador, Jefa de Comunicaciones, Encargado de Control Interno Estadística, Médico Interventor y Encargado de Estadística.

La tabla N°64 y figura N°15 fue trabajada con el panel de expertos del SAMU Metropolitano, para la definición de los atributos más relevantes del servicio prehospitalario, agrupados en las familias de variables importantes, entregando una evaluación interna en la columna SAMU y la Esperada por la comunidad, en donde las variables N° 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, y 14 fueron trabajadas con una escala de 1 a 5, donde 1 es muy poco y 5 es muy alto, mientras que las variables N° 1, 5 y 8 fueron trabajadas con una escala inversa de 1 a 5, en donde 1 es muy poco tiempo de espera o traslado y 5 es mucho tiempo de espera o traslado, con esto se expresa que estas variables se espera lograr tiempos menores a los actuales.

Siguiendo con la metodología del Océano Azul, el esquema de las cuatro acciones analiza de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en la curva de valor, que variables se deben eliminar, cuales se deben incrementar, cuales reducir y cuales se deben crear, para cumplir con la propuesta de valor.

Figura 15: Curva de Valor SAMU Metropolitano



Fuente: Co-Elaboración con panel de expertos SAMU Metropolitano marzo 2019, Coordinadora Centro Regulador, Jefa de Comunicaciones, Encargado de Control Interno Estadística, Médico Interventor y Encargado de Estadística.

Se evalúa el desempeño en esa variable y cómo se espera que sea el desempeño. Posteriormente se realizará el esquema de las cuatro acciones de Chan Kim y Mauborgne (2005) en la figura N°16, y se expresarán las acciones a realizar de acuerdo con cada una de las variables de la curva de valor, explicando una a una, para generar un análisis completo que genere un aporte al Proyecto y al desarrollo del Sistema de Control de Gestión.

Figura 16: Esquema de las cuatro acciones

Eliminar	Incrementar
	Cordialidad de los Operadores telefónicos
	Respuestas acordes al caso planteado
	Acceso telefónico a toda la Región Metropolitana
	Respuesta de ambulancia en toda la Región
	Confianza en el estado de la ambulancia
	Integración con los servicios de emergencia
Reducir	Crear
Tiempo de espera Telefónico	Educar en el uso del 131
Tiempo de espera en el lugar de la emergencia	Participar con la Ciudadanía
Tiempo de traslado a Centro Asistencial.	Acceso al 131 vía internet

Fuente: Elaboración propia

Eliminar: Como se ha señalado, la experiencia sanitaria es compleja, ninguna de las variables señaladas debe ser dejada de lado, debido al esfuerzo que se realiza en cada una de ellas, además en su conjunto se complementan.

En el análisis de la Figura N° 15, se detecta un Zigzagueo, que podría evidenciar que las variables trabajadas, con el punto de vista experto, no serían principales y sería necesario consolidarlas, por eso el análisis no recomienda eliminar variables en esta etapa.

Reducir: Debido a su criticidad, se espera que estas variables sean menores sus estándares a lo real, para entregar una mejor atención.

- **Tiempo de Espera Telefónico (1):** es el lapso que transcurre entre que la persona llama al 131, escucha los ring telefónicos y es atendido por un operador telefónico. Esta variable se debe reducir, entendiéndose que se deben acortar los tiempos de espera telefónica, para llegar a estándares de contestar un 95% de las llamadas antes de los 10 segundos, se acuerdo a estándares internacionales.
- **Tiempo de espera en el lugar de la Emergencia (5):** es el lapso que transcurre entre que la persona que llama al 131, es atendido telefónicamente y el momento en que llega la ambulancia al lugar del evento. Al igual que la variable anterior, se debe generar una disminución de los tiempos de respuesta, que hoy están entre los 15 a 20 minutos, en los casos en que se requiere del envío de ambulancias.
- **Tiempos de traslado a Centro Asistencial (8):** es la acción de transportar pacientes a centros asistenciales, contemplando los traslados primarios y secundarios. Se espera que éste se reduzca en los tiempos de traslados secundarios, focalizándose con mayor atención en los traslados primarios. De esta forma se incrementará la atención domiciliaria y se apoyará a los pacientes que se encuentran catalogados en atenciones tipo C4 y C5, aportando descongestionar los centros asistenciales, tomando un rol relevante para la Red de Urgencia.

Incrementar: de las variables analizadas, se explicará el tratamiento que el Proyecto plantea se debe realizar.

- **Cordialidad de los operadores telefónicos (2):** esta variable hace referencia al trato telefónico que se da al solicitante vía telefónica. En las

observaciones realizadas en los puestos de trabajos, se debe generar un trabajo de capacitación, el que debe estar enfocado en potenciar la cordialidad y preparación en el manejo de personas con estado anímico alterado, evitando que el operador pierda el control de la situación.

- **Respuesta acorde al caso planteado (3):** esta variable considera la pertinencia de la respuesta entregada al solicitante, independiente del tipo de inquietud que sea expresada. Una de las debilidades de las llamadas telefónicas, y parte del trabajo conjunto con otras unidades de distintos indoles como Salud responde, bomberos, carabineros y otros, es la falta de integración telefónica para la respuesta oportuna y efectiva con estos servicios, para no dejar de realizar una gestión telefónica pertinente al solicitante, evitando tener una mala experiencia.
- **Acceso Telefónico a toda la Región (4):** es el nivel de accesibilidad que tienen la población al 131. A pesar de ser un número único y los esfuerzos realizados por el SAMU desde 2015, se debe aumentar el trabajo en lograr que todas las empresas operadoras telefónicas generen y normalicen la entrada de las llamadas de la Región al 131, debido a que este esfuerzo depende específicamente de ellas, evitando las malas derivaciones, las comunas que aún no se han enrutado y los malos enrutamientos en la región y de otras regiones.
- **Respuesta de ambulancia en toda la Región (6):** esta variable está relacionada con la llegada de las ambulancias, en tiempos estandarizados a todos los puntos de la región. En esta variable, el incrementar los tiempos no tiene relación con enviar ambulancia a todas las llamadas, sino enviar a todos los casos que ameritan un envío de ambulancia, lo que implica un crecimiento en los recursos mínimos operativos como ampliación del parque de vehículos, personal y equipos médicos.
- **Confianza en el estado de la ambulancia (9):** parte principal del trabajo en la imagen, es la experiencia de personas al entrar en contacto con la Institución. Esta variable se enfoca en lo estético, entendiéndose que el aspecto de las ambulancias debe entregar seguridad y confianza los usuarios. En este caso es importante tener planes de renovación, mejora en la norma chilena de ambulancia, camillas para todo tipo de pacientes y actualización según los estándares internacionales asistenciales y de seguridad.

- **Integración con otros servicios de urgencia y emergencia (11):** esta variable es crucial en el rol articulador de la institución. Es fundamental mejorar los niveles de integración con las urgencias, el ABC, Ambulancias-Bomberos-Carabineros, ONEMI y otros organismos fundamentales como el Ministerio del Transporte y el de Urbanismo. EL objetivo es aumentar el nivel de involucramiento del SAMU en la toma de decisiones, el manejo de los tiempos de espera y retención, el traslado a los centros asistenciales, el trabajo en incidentes de múltiples víctimas, el apoyo en grandes emergencias y aportar en la regulación del tránsito que permitan entregar una respuesta efectiva y oportuna a la ciudadanía.

Crear: En esta variable se tomarán las variables con menor puntuación (las que tienen 1 y 2 de puntuación), debido a que no se han creado políticas que contengan el estado en que se encuentran.

- **Educación en el uso del 131 (12):** Para reducir las malas experiencias, y apoyar a la red asistencial, es fundamental trabajar en la educación de la ciudadanía. Enfatizar en los conceptos de “cuando deben llamar al 131” y “para qué sirve este número” y del mismo modo integrar otros conceptos como “para que sirven otros números”, “entender que no todos los pacientes deben ser trasladados un centro asistencial”, o en su defecto, “a qué tipo de centro asistencial deben acudir, según su grado de urgencia”.
- **Participación con la Ciudadanía (13):** se deben crear planes de trabajo que creen fuerzas de respuesta o “primeros respondedores”, los que puedan enfrentar temas como la reanimación cardiopulmonar, aumentando la esperanza de vida de una persona en paro cardíaco, así como qué hacer cuando estoy frente a un accidente con víctimas.
- **Acceso al 131 vía internet (14):** una de las innovaciones que se están viendo en todos los sistemas de urgencias móviles o emergencias a nivel mundial es el acceso por multiplataforma, un desafío que hoy en día el SAMU Metropolitano ya debe empezar a proyectar para garantizar cobertura en el acceso a todos los habitantes de la región.

4.1.1 Criterios para la Propuesta de Valor

El proyecto, en esta etapa, reconoce la existencia de 14 variables para la creación de una propuesta de valor para el SAMU Metropolitano, pero en un análisis secundarios, se detecta de muchas de las variables, aunque tienen particularidades especiales, tienen atributos rectores, a los cuales convergen, los cuales hacen medible y aplicable en general y en los particular, cada una de estas variables, en diferentes partes de la cadena de valor y sus procesos y subprocesos, relaciones y mediciones que se verán con mayor detalle en los capítulos siguientes.

De acuerdo con Chan Kim y Mauborgne (2005), es importante resistirse a las viejas lógicas, donde todo se enfoca en compararse con la competencia, es más importante mirar hacia nuevos horizontes y alternativas, para dimensionar y ver los problemas desde otros términos, pudiendo conseguir soluciones fuera de la industria, en este caso el apoyo al mundo de las urgencias y emergencias, no solamente sanitarias.

Aún más, según los mismos autores, Chan Kim y Mauborgne (2005, p 60) “Cuando la curva de valor de una compañía parece un plato de espagueti – un zigzag sin ton ni son donde puede decirse que la oferta está en un nivel “bajo-alto-bajo-bajo-alto-bajo-alto” es señal de que la compañía no tiene una estrategia coherente”. Aún más, los autores vuelven a proponer que “Es probable que su estrategia se base en estrategias secundarias independientes, las cuales pueden tener sentido por su cuenta y mantener a todo el mundo ocupado y a la empresa marchando”, es por este motivo, incluso con la colaboración de Expertos del SAMU Metropolitano, se evidencien las falencias de las miradas en forma general, lo que demuestra que a pesar de las variables, no hay pilares centrales que unifiquen la construcción de una estrategia unificada.

Para eso en la tabla N° 65 se buscan los patrones centrales encontrados de acuerdo con lo que valoran los usuarios y el análisis de cuatro acciones de las variables, para generar una línea de tres características que garanticen el **Foco** claro, donde el SAMU Metropolitano no pierda esfuerzos en todas las variables, pero puedan trabajar en lo fundamental de cada viable, la **Divergencia** en perspectiva con los otros actores del mundo Prehospitalario y mantener el **Mensaje Central** de la Institución el cual le ayudará al posicionamiento en la Red.

Tabla 65: Características para la Estrategia para el SAMU Metropolitano

		FOCO	DIVERGENCIA	MENSAJE CENTRAL
Gestión Telefónica	Tiempo de espera Telefónico	Eficiencia en tiempos de procesos atención	Acceso a la Atención de las urgencias ciudadanas	
	Cordialidad de los Operadores telefónicos			Empatía y manejo de la Solicitud
	Respuestas acordes al caso planteado	Eficiencia en la clasificación de la Urgencia		Experticia para lograr el <i>Triage</i> pertinente
	Acceso telefónico a toda la Región Metropolitana		Conectividad y Accesibilidad de la ciudadanía	
Atención Pre Hospitalaria	Tiempo de espera en el lugar de la emergencia	Eficiencia en los tiempos de desplazamientos de ambulancias		
	Respuesta de ambulancia en toda la Región		Accesibilidad a la Emergencia ciudadana	
	Cordialidad del personal en ambulancia			Empatía y manejo de situaciones limite
	Tiempo de traslado a Centro Asistencial	Eficiencia en los tiempos de conexión con la Red Asistencial		
Equipos Físicos	Confianza en el estado de la ambulancia			Imagen institucional genera confianza
	Exámenes tomados con Equipos Médicos			Confianza en el manejo del paciente
Comunidad y Comunicación	Integración servicios de urgencia y emergencia		Confianza en el acceso a Centros asistenciales	
	Educación en el uso del 131	Efectividad en el conocimiento del servicio Prehospitalario		Aprender el uso del 131 para evitar frustración
	Participar con la Ciudadanía		Posicionamiento en la imagen ciudadana	Visibilizar el servicio prehospitalario
	Acceso al 131 vía internet		Aumentar los canales para el acceso a la comunidad	
		Procesos de respuesta	Respuestas a la Ciudadanía	Conocimiento en la Atención

Fuente: Elaboración propia

4.2 Declaración de la Propuesta de Valor

De acuerdo con los atributos vistos en el punto anterior, alineados con la curva de Valor y los puntos fundamentales de los análisis anteriores, se señalará una propuesta de Valor que, de acuerdo con lo definido en las características de la Estrategia para el SAMU Metropolitano, tabla N°65, se agrupa todo lo señalado, para capturar valor cuando los habitantes llaman al 131 y experimenten alguno de sus servicios.

Tabla 66: Características de la Curva de Valor a Atributos de la Propuesta de Valor

	FOCO	DIVERGENCIA	MENSAJE CENTRAL
Características consolidadas de las variables de la Curva de Valor	Procesos de respuesta	Respuestas a la Ciudadanía	Conocimiento en la Atención
Atributos para la Propuesta de Valor	Respuesta oportuna a la solicitud	Cobertura en toda la Región	Atención Profesional y Experta

Fuente: Elaboración propia

Para generar la propuesta de valor, debemos tomar una definición del modelo de negocio, en donde una propuesta de valor puede tener valores cuantitativos como cualitativos, por eso es fundamental que los usuarios (segmento de mercado) reconozcan la satisfacción de sus necesidades en este servicio, de acuerdo con las líneas presentadas por Osterwalder y Pigneur (2010).

La propuesta de valor fusiona las 14 variables de las 4 familias predefinidas en este Proyecto, como parte del proceso evolutivo, definidas en la Curva de Valor, para lograr generar 3 atributos centrales, que, en sus diferentes profundidades, puedan ser gestionados y medidos por la Institución, para asegurar cumplir con esta promesa a la ciudadanía, como lo señala la tabla N°66.

PROPUESTA DE VALOR

“Entregar a todos los residentes de la Región Metropolitana una respuesta oportuna a su solicitud, con cobertura en toda la región y con una atención profesional y experta”

4.3 Descripción de los Atributos de la Propuesta de Valor

A continuación, se analizarán cada uno de los atributos de la propuesta de valor, para consensuar la amplitud con que fueron desarrollados.

De acuerdo con la mirada de los autores Thompson et al. (2012), para el Usuario la propuesta de valor ayuda a entender el enfoque con que la Institución busca responder a sus Urgencia, siendo valorado por cada requirente. Aunque el enfoque siempre se centra en el Valor del Servicio que se ofrece y el recio que se cobra, en este caso, el proyecto busca centrarse en un servicio gratuito, de difícil diferenciación, por estar inmerso en la Red Asistencial Sanitaria Pública.

- **Respuesta oportuna a la solicitud:** Sin importar si la respuesta será una gestión telefónica con sus múltiples variables, un trasladado primario, secundario o solo una intervención domiciliaria, siempre se debe dar una respuesta oportuna que transmita al solicitante la seguridad de haber recibido la atención pertinente para su llamada telefónica, en un tiempo de espera adecuado que elimine las incertidumbres, sin olvidar que la llamada telefónica genera la primera impresión de marca de la Institución y el despacho e intervención de los equipos en terreno, transforman el miedo de la urgencia, en seguridad.
- **Cobertura en toda la Región:** este atributo tiene diferentes variables dentro del SAMU, pero todas son importantes cuando hablamos de cobertura. Primero asegurar el ingreso de todas las llamadas provenientes de las 52 comunas de la región; Segundo, la ubicación estratégica de bases que puede asegurar la llegada de ambulancias a todos los puntos de la región con el menor tiempo de respuesta posible y Tercero la conformación de los equipos de intervención y regulación a todos sus puestos de trabajo, asegurando incluso operatividad en momentos de emergencias.
- **Atención Profesional y Experta:** Brindar desde la primera interacción, la llamada telefónica, un servicio que empatice con los usuarios y asegurar que los equipos humanos que atienden a las personas son preparados y cuentan con la experticia necesaria. Esto se puede medir mediante encuestas de satisfacción, considerando la medición de la calidad de la recepción de las llamadas, evaluación en terreno de las intervenciones y los perfiles de cargo.

4.4 Relación entre valores y atributos de la propuesta de valor.

A continuación, se desarrollará guiados por los atributos de la propuesta de valor, las relaciones con los Valores propuestos para la institución.

- **Respuesta oportuna:** la vocación de servicio es el compromiso con el otro que necesita ayuda en un momento de desesperación, destacando por un actuar ejemplar, guiándose en el trabajo en equipo con sus compañeros, bajo una sola causa, teniendo una total empatía no solo con el que sufre una dolencia, sino con los familiares y compañeros de equipo y preocupándose

que lo importante no es solo la velocidad, sino la seguridad de responder a la solicitud, de forma adecuada.

- **Cobertura en toda la Región:** la Vocación de Servicio es esencial en el cumplimiento de este atributo, debido que, ante emergencias como terremotos, los funcionarios ponen a prueba su compromiso con la ciudadanía y la disciplina los hace entender el deber de relevar a sus compañeros para mantener una respuesta sanitaria 24/7 ante todo evento.
- **Atención Profesional y experta:** es en este atributo es donde los funcionarios deben demostrar una conducta integral y profesional en su actuar, todo basado en la probidad funcionaria y la empatía con el sentir del otro. Todo esto debe ser guiado por la vocación de servicio que les permita recordar siempre el sentido de su trabajo y demostrar por qué son altamente reconocidos por otras instituciones del ámbito de las urgencias y emergencia no solo regional.

En la tabla N° 67, de muestra la relación entre el atributo y las creencias.

Tabla 67: Relación Atributo Curva de Valor y Creencias de la Institución

Atributos	Creencias o Valores
Respuesta oportuna a la solicitud	Vocación de Servicios, Probidad, Trabajo en Equipo, Empatía
Cobertura en toda la Región	Vocación de Servicio, Disciplina
Atención profesional y experta	Vocación de Servicio, Probidad y Empatía.

Fuente: Elaboración propia

4.5 Relación Atributos Propuesta de Valor y Análisis FODA.

A continuación, se genera una relación entre los atributos de la propuesta de valor con los puntos del análisis FODA, para generar una relación entre ambas herramientas desarrolladas.

- **Respuesta Oportuna – Oportunidades.**

La preocupación mundial por los derechos de salud para todas las personas se refuerza con un compromiso a dar la prestación necesaria no solo para la salud física, sino mental, lo cual obliga al gobierno a buscar nuevos mecanismos para la entrega de bienestar a la sociedad.

Este punto es el que fortalece el atributo de la respuesta oportuna, determinando el desarrollo de un sistema prehospitalario robusto y preparado para ser un apoyo

asistencial integrado y el aumento de inversión y presupuesto para generar un cambio en la respuesta sanitaria pública.

- **Respuesta Oportuna – Amenaza.**

Las amenazas como el cambio de foco presupuestario se transforman en una posibilidad que podría bloquear este atributo de raíz, debido a que el óptimo financiamiento del sistema es el que permite que el SAMU pueda existir.

La respuesta oportuna también está relacionada con la evolución tecnológica de la Institución, en aspectos relacionados con la inversión en nuevas tecnologías en equipos clínicos, computadores, software, ambulancias, comunicaciones y posiblemente considerar vehículos aéreos propios.

Cabe destacar que los cambios de legislación y una posible rentabilidad en otros actores, no impiden el generar este atributo.

- **Respuesta Oportuna – Fortaleza.**

La Institución cuenta con los recursos físicos para generar una respuesta oportuna, aunque debe aumentar la inversión en crecimiento de sus activos, como ambulancias, bases y recurso humano, pero manteniendo el capital humano reconocido por sus pares, valiéndose de las barreras de entradas que tiene este ámbito de la salud.

Es esencial que se fomente el crecimiento y la mejora del servicio prehospitalario, que aumenten la cobertura del sistema en todo momento, formando así una real rama de respuesta del sistema de salud público, mandatado a responder en el lugar del evento. Como se dijo anteriormente, es necesaria la adquisición de más ambulancias con nuevos estándares que faciliten el actuar de los equipos, con bases más preparadas para resistir catástrofes y mantener la operatividad y mayor capacidad de gestión telefónica, donde no sea un gran riesgo los eventos adversos que podrían mermar la capacidad de comunicaciones de la Institución, dejándola sin margen de acción.

- **Respuesta Oportuna – Debilidad.**

Generar respuestas oportunas, no solo disminuirá la debilidad de ser un servicio desconocido, sino que individualizará la experiencia con el SAMU, pudiendo separarse de la experiencia con los centros asistenciales, teniendo presencia

dentro de los principales actores de la salud para fortalecer su camino hacia la generación de recursos financieros propios.

- **Cobertura en toda la región – Oportunidad.**

Es claro que las oportunidades señaladas como el aumento de presupuesto, la incorporación de tecnologías para compartir información, potencian el atributo de la Cobertura, debido a que ambos apuntan a aumentar los recursos y las capacidades y generación de información, transformando al SAMU en una unidad remota, que llega a todos los lugares de la región. Cuando se le compara con los costos de construir un centro hospitalario se entiende que se requiere de una menor inversión para a satisfacer la demanda sanitaria y a la vez, transformarse en un detector de eventos centinelas de la actividad sanitaria.

El bajo nivel de desarrollo del sistema prehospitalario se ve impulsado con el sentido de aumentar la cobertura, estimulando la inversión.

- **Cobertura en toda la región – Amenaza.**

La amenaza más peligrosa para este atributo es la disminución presupuestaria, debido a que, si no se asegura el financiamiento óptimo y los planes de crecimiento de la institución para posicionar al SAMU como un actor relevante para la descongestión de los centros asistenciales, no solo se puede ver afectado este atributo, sino que también pone en riesgo el modelo prehospitalario, a pesar de la cobertura que entrega hoy en día.

Los cambios de legislaciones no son un foco de alto riesgo al igual que un cambio de la rentabilidad de la industria, por la naturaleza pública del SAMU.

- **Cobertura en toda la región – Fortaleza.**

Contar con los recursos físicos, tanto en bases como en el Centro Regulador y en las unidades que participan en las actividades de apoyo de la Cadena de Valor, es una fortaleza que potencia este atributo, demostrando que, a diferencia de otros actores, es el único que logra una mayor cobertura de comunas de la región.

Las barreras de entrada de la industria protegen al SAMU en sus posibles inversiones futuras para hacer un cumplimiento del 100% de este atributo, mientras condiciones como manejar pacientes con prediagnósticos críticos, es

un gran elemento diferenciador con relación a los sistemas municipales, quienes además tienen límites de acción.

- **Cobertura en toda la región – Debilidad.**

La debilidad más fuerte que nuevamente puede poner en riesgo este atributo es la necesidad de recursos, como la generación de recursos monetarios propios, para financiar la implementación de mejoras que aporten en la cobertura en toda la región, sin dependencia exclusiva de los presupuestos del gobierno central. Esta debilidad, de ser subsanada, dejará al atributo sin problemas ante las acciones futuras, debido a que el aumento de la cobertura generará mayor presencia dentro de la Red y sus funciones serán cada vez más claras y conocidas por toda la comunidad.

- **Atención profesional y experta – Oportunidad.**

El entregar soluciones a las necesidades de salud de forma profesional y experta, incluye no solo lo físico, sino lo psicológico, impulsado por los valores propuestos en este Proyecto. Las oportunidades refuerzan este atributo, en donde desde la contención, la obtención de datos, la atención del paciente y quienes lo acompañen deben ser una política que permite reforzar las oportunidades de la institución.

- **Atención profesional y experta – Amenaza.**

La amenaza que podría ser importante tener siempre en cuenta sería la obsolescencia del modelo prehospitalario, debido a que podrían ponerse en práctica normas legales que serían contrarias al modelo de atención prehospitalaria.

Existe la posibilidad de que se reformule el modelo prehospitalario, en desmedro de la experticia existente en los profesionales actuales o que la lenta evolución legal en el área sanitaria no permita que el SAMU Metropolitano siga creciendo, para transformarse en un actor relevante.

- **Atención profesional y experta – Fortaleza.**

La fortaleza del capital humano es la que claramente potencia este atributo, no solo los equipos de intervención, sino los médicos reguladores y los supervisores básicos, quienes cuentan con una preparación en todo tipo de incidentes, siendo

el SAMU con mayor experiencia del país, tanto en tipos de casos como en cantidad de atenciones.

Esta fortaleza debe ser transmitida a todos los funcionarios que tienen contacto con las personas, desde el primer contacto del sistema, la llamada telefónica. Es aquí donde se debe aumentar la preparación de este personal, hasta llegar a niveles de profesionalización de estos cargos.

- **Atención profesional y experta – Debilidad.**

Las debilidades como el impacto del servicio prehospitalario y el desconocimiento por las autoridades centrales con respecto al rol real de la Institución se ven disminuidas al momento de reforzar las capacidades de profesionalismo y experticia del sistema y su capital humano, avalado por el reconocimiento de otros actores que refuerzan el rol del SAMU Metropolitano.

Se deben generar políticas de retención del talento humano y capacitación constante, diseñada de forma alineada con los objetivos de la Institución. Se debe aumentar el trabajo en conjunto con los actores de las urgencias y emergencias en la Red Asistencial, para incrementar sus posibilidades de respuesta como ente articulador y fuera del ámbito sanitario, para potenciar las capacidades de su personal ante emergencias y desastres.

4.6 Descripción de la estrategia de la empresa.

Para entender el proceso que se generará, se debe dejar en claro que el SAMU Metropolitano, actualmente no cuenta con una estrategia que guíe la toma de decisiones en la industria de la Salud, por lo cual, todos los análisis realizados en los capítulos anteriores como análisis de Misión y Visión, análisis Externo, análisis Interno, FODA y el Océano Azul, han permitido ver a la Institución desde diferentes puntos de vista, que se vinculan y generan una coherencia de la posición actual en la que se encuentra.

No obstante, lo anterior, de acuerdo con Porter (1982) la estrategia de la Institución se puede encontrar básicamente en tres niveles genéricos establecidos por el autor, para lograr el posicionamiento deseado. Las estrategias propuestas por el autor son 1) Liderazgo Global en costos, 2) Diferenciación y 3)

Enfoque o concentración. Estas tres estrategias responden al mundo privado que, para las instituciones públicas sin fines de lucro, no se aplican.

Esta realidad de ser una institución sin fines de lucro, no debe generar conformidad dentro del SAMU con respecto al manejo de los recursos financieros, todo lo contrario, incluso la institución debería buscar un cambio entre su estado actual a uno que busque la óptima utilización de los recursos y la posibilidad de generar recursos propios, como dice Porter (1982), aplicar una agresiva escala eficiente de costos, que los permita manejar de forma óptima, reduciéndolos, controlando los costos variables y fijos, de acuerdo con su ocurrencia. Aunque para este Proyecto, entendiendo la naturaleza de Institución asistencial, no se buscará la reducción de costos.

De acuerdo con la visión de Kaplan y Norton (2004), se señala que la estrategia Institucional intenta crear valor para los *stakeholders*, ya que la organización buscará las actividades en que se destacará para distinguirse del mercado. El SAMU Metropolitano estratégicamente debe generar su imagen de marca como servicio prehospitalario, logrando que las personas que llaman al 131 están solicitando un servicio distinto y complementario con las urgencias, SAPU, hospitales, salud responde, clínicas y otros centros asistenciales, para que el aporte de esta institución a la Salud pública sea visible y reconocido por la sociedad, por lo cual se hace primordial cumplir con la misión que se propuso en capítulos anteriores.

Complementando la visión de Kaplan y Norton (2004), Niven (2003), en su profundización en las estrategias de las organizaciones públicas y sin fines de lucro señala los 3 beneficios de la formulación de la estrategia, en donde propone:

- Permite visualizar una gestión a largo plazo, cuando los gobiernos de turno no instrumentalizan a estas instituciones para conseguir fines que atentan contra la misión de esta, debido a una focalización en lo realmente importante, para resolver los problemas de verdad de la institución, debido a que lo que se busca es establecerse como una institución que entrega servicios de calidad en la Red, como señalan Sanguesa, Mateo y Ilzarbe (2006) la imagen de calidad perdurara por encima de las modas, manteniéndose inamovible en el tiempo.
- Las decisiones directivas deben ser tomadas bajo la mirada de la estrategia de la institución y no malgastar esfuerzos y recursos en acciones que se

alejando de su Misión, cosa que comúnmente pasa mucho en el área pública, con los cambios de Gobierno.

- El alineamiento de los procesos mejora el desempeño de la empresa, mediante el trabajo conjunto y dirigido de toda la organización, mitigando la desviación de las unidades, reorganizando procesos y asignando de forma eficiente los recursos necesarios en la institución.

De esta manera, **la Estrategia del SAMU Metropolitano** se basa en entregar un servicio con una Respuesta Oportuna, Experto en su nivel de Atención y con Accesibilidad en toda la Región Metropolitana. Para esto, es fundamental que la Institución se diferencie de otros actores prehospitalarios y de la atención abierta y cerrada de los centros asistenciales, para que estos esfuerzos apoyen a construir la imagen institucional y su posicionamiento en la Red.

Es por este motivo que la Dirección debe guiar estratégicamente al SAMU Metropolitano a generar mejoras y no solo en establecer parámetros claros de calidad de servicio, sino que, al uso eficiente y eficaz de los recursos, para asegurar la entrega del servicio y utilizar las fortalezas que hoy presenta la Institución en búsqueda de un posicionamiento real para lograr ser referentes nacionales e internacionales. Para los autores Thompson et al., (2012), se deduce que el desempeño que pueda tener el SAMU Metropolitano implementando el proyecto del Sistema de Control de Gestión, será atribuible al alcance de su estrategia en la institución y la excelencia en la implementación y ejecución.

Basado en los atributos de la propuesta de valor antes planteada y los análisis anteriores, los Objetivos Estratégicos propuestos son:

- 1.- Entregar respuesta oportuna a la ciudadanía.**
- 2.- Mejorar y fortalecer la accesibilidad de la ciudadanía.**
- 3.- Entregar atenciones prehospitalarias de excelencia.**
- 4.- Fortalecer el uso de las Tecnologías.**
- 5.- Generar equipos de excelencia.**
- 6.- Mejorar el uso de los recursos Institucionales.**

Estos objetivos, se irán vinculando en capítulos posteriores, a medida que se avance en el Proyecto, pero ya son claves para el análisis que se realizará en el capítulo siguiente, en donde se generará el Modelo de Negocio del SAMU Metropolitano, utilizando el modelo Canvas. Una vez que se cierre el proceso del

análisis, en el desarrollo del Sistema de Control de Gestión, se fortalecerán los objetivos hasta llegar a Objetivos Estratégicos, coherentes con todos los análisis desarrollados.

4.7 Modelo de negocio y Lienzo.

El Proyecto presenta una propuesta de Modelo de Negocio para el SAMU Metropolitano, basado en la metodología de “Generación de Modelos de Negocio” Osterwalder y Pigneur (2010). Es importante señalar que este tipo de metodologías, no han sido aplicadas en la Institución formalmente.

“Para captar mejor el espacio de diseño de un modelo de negocio, recomendamos esbozar las cuatro áreas más importantes del entorno: fuerzas del mercado, fuerzas de la industria, tendencias clave y fuerzas macroeconómicas”, Osterwalder y Pigneur (2010, p 200).

El modelo Canvas, Lienzo, genera una herramienta que permite comprender cada aspecto relevante que potencia la propuesta de valor de la institución y cómo la interrelación con cada uno de sus puntos logra generar un entendimiento estratégico en la organización. En la tabla N°68, se ve la construcción del modelo Canvas, el que se explica a continuación.

Tabla 68: Modelo de Negocios SAMU Metropolitano

Asociaciones claves	Actividades Claves	Propuesta de Valor	Relación con Usuarios	Segmentos de Mercado
Minsal y Red Asistencial	Gestión Telefónica Traslado Primario Traslado Secundario	Entregar a todos los residentes de la Región metropolitana una respuesta oportuna a su solicitud, con cobertura en toda la región con una atención profesional y experta	Asistencia Personal Exclusiva, la cual debe tomar el tiempo necesario para la entrega de un buen servicio	Persona con algún problema que estime sea una Urgencia sanitaria y pertenezca a la Región Metropolitana
	Recursos Claves		Canales	
Ambulancias, Equipos Médicos e Insumos Propios	Canal propio, Directo (Canal de entrada, distribución)			
Proveedores de Servicios	Centro Regulador		Vía Telefónica, 131 para población, número privado para centros asistenciales	
	Sistema comunicacional (telefónico y radial)		Atención en Terreno	
	Médicos y funcionarios prehospitalarios			
Estructura de Costos		Fuentes de Ingresos		
Gastos en Personal	Prestaciones de seguridad social	Aporte Fiscal vía presupuesto		
Bienes y servicios de Consumo	Adquisición de activos no financieros			

Fuente: Elaboración propia

4.8 Descripción y análisis de modelo de negocio

Los aspectos claves del CANVAS relacionados con el FODA y los atributos de la propuesta de valor son desarrollados a continuación, para ir relacionándolos con otros análisis ya expresados en este Proyecto.

Siguiendo la línea de Osterwalder y Pigneur (2010), para el Modelo de negocio es clave obtener de acuerdo con el análisis, simpleza, relevancia y fácil comprensión del SAMU Metropolitano, que a la vez no caiga en una reducción de la Institución que la vuelva poco relevante en el área asistencial.

4.8.1 Segmento de Mercado

El segmento de mercado se asocia a la categorización de los llamados telefónicos. No existen variables sobre la posibilidad de pagar o no, o la comuna donde se encuentre, que es una de las principales fortalezas del SAMU, el llegar donde otros sistemas no llegan, por la falta de interés que tienen otros actores, al no poder generar ganancias de la prestación. Es por eso por lo que la cobertura ante todo evento es un atributo fundamental, por la responsabilidad pública transferida a esta Institución.

Tabla 69: Extracto de Cantidad de Atenciones por género, en Julio de 2019.

Cantidad de Hombres Atendidos	2.671	47,5%
Cantidad de Mujeres Atendidas	2.444	43,5%
Cantidad de Genero no Identificado Atendidos	509	9,1%
Cantidad de personas atendidas	5.624	100,0%

Fuente: Unidad de Estadística SAMU Metropolitano julio 2019

En la tabla N°69, originaria del Anexo N°4, se puede ver por comuna, la cantidad de hombres y mujeres atendidos por el SAMU Metropolitano durante Julio de 2019. Se puede observar que la comuna con mayor cantidad de atenciones es Santiago, seguido por la comuna de Maipú y en tercer lugar Puente Alto.

Por contraparte, se mencionó en las capacidades del SAMU, que las comunas de Alhué, San José de Maipo, San Pedro y Til es en donde más difícil es asegurar la cobertura, afirmación confirmada con la tabla, que las ubica dentro de las comunas con menores atenciones realizadas en la Región.

La composición por género, donde el 47,5% de las atenciones son a hombres y el 43,5% son a mujeres y existe un 9,1% de personas sin género determinado.

Otro grupo del segmento de mercado del SAMU Metropolitano, son los centros asistenciales, pertenecientes a la Red Asistenciales de la Región, quienes solicitan la realización de los traslados secundarios para mover a sus pacientes de alta complejidad desde un centro a otro.

Los centros asistenciales deben tener claro el centro de destino del paciente, siendo el SAMU quien confirma el origen y el destino, enviando un equipo avanzado a realizar el traslado. Puede ser que el SAMU no acepte enviar una ambulancia debido a la baja complejidad del paciente, traslado que puede realizar una ambulancia comunal o que, analizada la situación, no se traslade por el complejo estado del paciente, por lo que se recomienda mantener en su lugar.

4.8.2 Relación con Usuarios

Es aquí donde un servicio cordial y experto influyen en la percepción que tiene la ciudadanía con respecto a la calidad del servicio y cómo se realiza. Aquí se debe recalcar la buena evaluación del trato de los interventores y de los operadores telefónicos en cada una de las solicitudes y atenciones que presta la ciudadanía que requiere los servicios del SAMU.

De acuerdo con los puntos analizados en los capítulos anteriores, este servicio es extremadamente sensible al comportamiento de cada funcionario que interactúe con un usuario, siendo vía telefónica como en persona. La primera interacción, vía telefónica, las llamadas en que se logra generar comunicación, la forma de hablar, el tono de voz y la respuesta que se entrega, son fundamentales para generar satisfacción en el requirente.

Es importante entender que, en la Gestión Telefónica, el usuario, debe sentir que la atención está focalizado en él y su problema, que la Institución se encuentra a su servicio y que se realizarán todas las gestiones necesarias y pertinentes. Por otro lado, muchas de estas gestiones solo quedarán en orientaciones donde no se envían ambulancias, es por ese motivo que la evolución de la llamada debe dirigir a que se entienda que su solicitud es urgente pero la mejor solución para ese caso no es el envío de una ambulancia, sino las indicaciones entregadas o la gestión interna realizada. La segunda interacción, presencial, es muy compleja por los siguientes motivos:

- Toda persona consciente o acompañante del paciente está observando en detalle el trabajo del personal de intervención, en donde la comunicación no verbal, cumple un rol clave en la comunicación con quien observa.

- Las personas que interactúan con los equipos de intervención están atentas a cada palabra que dicen, por consiguiente, necesitan que, junto a la atención del paciente, se le de algún tipo de contención, tal como explicar de forma muy sencilla lo que está pasando para controlar las expectativas.
- Las personas siempre esperan que las emergencias se resuelvan rápidamente, por cualquier funcionario de los servicios asistenciales, por consiguiente, el manejo de las expectativas es fundamental.

Es por este motivo, lo importante que los equipos de intervención tengan amplias habilidades de comunicación tanto verbal como no verbal, para controlar sus reacciones y generar calma y seguridad no solo en el usuario, sino en las personas que pueden acompañarlo.

Medidas como la medición de tiempos por cada intervención, para rápidamente generar otra intervención, atentan no solo a una relación que fomenta la asistencia exclusiva, sino que a la vez transforma al servicio asistencial en una actividad secuencial, en donde las personas no lograrán valorar el servicio entregado por el SAMU Metropolitano y tampoco podrán diferenciarlo de los entregados por los centros asistenciales.

Al ser un servicio asistencial extrahospitalario, los canales generan las relaciones con los usuarios, porque la relación estará vigente mientras el Canal este activo, no existe otra instancia.

4.8.3 Canales

La cercanía que tienen los canales con la relación con los usuarios hace que los dos canales más importantes sean:

- Vía telefónica, en donde se interactúa con los usuarios de forma remota, intentando reconstruir lo que está pasando, cómo se debe proceder en ese caso y los posibles escenarios que deben existir para tomar la mejor decisión.
- Presencial en los domicilios o lugar de los hechos, en donde el contacto se personifica, con reacciones, interacción, expectativas, trabajo bajo presión y otras, que son parte de la atención de personas en una emergencia.

Existen nuevos trabajos, tomando en cuenta la debilidad de la difusión de la Institución, en educar a la población sobre el rol del SAMU Metropolitano, cuándo usarlo, los tipos de servicios que encontrará y desmitificar que una llamada es

sinónimo de una ambulancia. Debido a esto, es fundamental fortalecer los canales comunicacionales internos y externos, para mantener informados a los diferentes grupos de interés.

4.8.4 Propuesta de Valor

En ella se incluyen todo lo que la Institución considera sus atributos más fuertes, pero a la vez integra los principales desafíos como la notoriedad en el sistema de salud para ser un actor relevante en la respuesta sanitaria y la interacción con la ciudadanía, fortalecer y ampliar sus recursos en todos los ámbitos (ambulancias, personal, equipos médicos, presupuesto, etc.), generar la influencia para realizar cambios importantes en legislaciones en materia como transporte, salud, educación y políticas gubernamentales y por último lograr demostrar el aporte a la Red Asistencial y hacerse cargo de ser un agente diferenciador en el bienestar de la comunidad.

4.8.5 Actividades Claves

Estas tres actividades claves, Gestión Telefónica, Traslado Primario y Traslado Secundario hoy son su principal fortaleza, porque cuentan con un equipo humano habituado a escuchar y ver todo tipo de urgencias, en diferentes escenarios complejos, sometidos a grandes presiones de tiempo, riesgo vital, desastres naturales u otros, lo que los hace expertos codiciados por otros prestadores de salud que valoran esta experiencia que es difícil de conseguir.

Sin embargo, los sistemas de incentivos muchas veces no permiten retener el talento y la experiencia, sobre todo de conductores, operadores telefónico o técnicos. Esto se debe a que las políticas institucionales no están enfocadas en reconocer lo vital que es el recurso humano en esta específica área de la salud, sino que se les considera como cualquier funcionario del estado.

Para analizar las actividades claves, la tabla N°70 muestra los traslados primarios y secundarios realizados durante Julio de 2019, que son el 67,1% del total de los procedimientos realizados por la Intervención, mientras que las que solo quedan en Atenciones Domiciliarias con el 32,9%.

Tabla 70: Extracto de Traslados y Atenciones domiciliarias en Julio de 2019.

Cantidad de Traslados Primarios y Secundarios	3.772	67,1%
Cantidad de Atenciones Domiciliarias	1.852	32,9%
Cantidad Total de Atenciones y Traslados	5.624	100,0%

Fuente: Unidad de Estadística SAMU Metropolitano julio 2019

El detalle consolidado de la Tabla N°70, se encuentra en el Anexo N°4, en donde se desagregan los valores, para el entendimiento a nivel comunal. La clasificación por comuna permite generar mapas de calor de la demanda ciudadana y de la Red Asistencial.

4.8.6 Recursos Claves

Definitivamente son insuficientes en todas sus líneas, pero esto tiene dos causales, la primera la mala administración interna, en donde la política de la urgencia le gana a la política administrativa, por lo cual nada se mide y segunda por el desconocimiento y baja cercanía con el gobierno central que desconoce a la Institución y toma decisiones sin conocer el sistema.

- Ambulancias, Equipos Médicos e Insumos Propios, son los principales para la generación del equipo de intervención, y aunque no dan abasto para la necesidad categorizada diaria de envío de ambulancias, al domicilio.
- El Centro Regulador cuenta con respaldos de agua y energía en caso de cortes de luz, para que la operatividad se mantenga desde la Gestión Telefónica hasta el apoyo a los equipos de Intervención en los Traslados.
- Sistema comunicacional (telefónico y radial), es la puerta de entrada de las solicitudes de la ciudadanía y del centro regulador con los equipos de intervención. Es necesaria una mayor cantidad y tipos de equipos comunicacionales para hacer frente a la demanda ciudadana.
- Médicos y funcionarios de atención Prehospitalaria, se necesita mayor cantidad de operadores, médicos reguladores, médicos interventores, reanimadores, técnicos paramédicos y conductores para aumentar la oferta.

4.8.7 Asociaciones Claves

El entendimiento de las relaciones con las entidades claves es muy nuevo. Este nivel de entendimiento es el que muestra la gran distancia que existe incluso con el MINSAL, en donde se encuentran las principales debilidades, ya que este último no interviene en mejorar el escenario legislativo de la institución para potenciarla y hacer un centro modelo dentro de la Red.

- MINSAL y Red Asistencial: En este caso, se debe capturar valor, haciendo entender la potencialidad del servicio Prehospitalario para toda la Red, como descongestionar del sistema asistencial, prestando ayuda y logrando

conseguir aumento de los fondos designados a la institución en sus subtítulos más importantes 21 (sueldos), 22 (compras) y 29 (inversión).

- Proveedores de Servicios: En esta alianza estratégica existe una posibilidad real de generar servicios desarrollados especialmente, sobre todo en las actividades de soporte, donde la dependencia es muy alta y la respuesta de las unidades que sostienen las actividades de soporte del SAMU no tienen una respuesta 24/7, que disminuya los riesgos de quiebre de servicio.

4.8.8 Fuente de Ingresos

Hoy la Institución solo tiene ingresos internos provenientes de la Ley de Presupuesto, en donde la potencialidad de aportes, cobros o recuperaciones, van de la mano con sus relaciones con otras instituciones y su rol en el mundo asistencial y público, atacando debilidades como la cobranza de prestaciones o su injerencia en la partida presupuestaria, de acuerdo con su rol, es por ellos que se debe entender que la Fuente de Ingresos es vía el aporte Fiscal, diferenciada en Ítems.

Tabla 71: Presupuesto SAMU Metropolitano 2019

Código Base	Concepto Presupuestario	Ley de Presupuestos	Porcentaje de composición
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	11.666.435.473	98,622%
07	INGRESOS DE OPERACIÓN	76.640.000	0,648%
08	OTROS INGRESOS CORRIENTES	86.313.000	0,730%
Total		\$11.829.388.473	100%

Fuente: Departamento de Finanzas SAMU Metropolitano junio 2019

En la tabla N°71 se presenta el presupuesto del SAMU Metropolitano para el año 2019, en donde el 98,62 % proviene del presupuesto del gobierno central, derivado de presupuesto MINSAL.

Tabla 72: Desglose Transferencias Corrientes

TRANSFERENCIAS CORRIENTES		Sub-Categoría
Del Gobierno Central	11.666.435.473	
Fondo Nacional De Salud - Atención Primaria		35.421.947
Fondo Nacional De Salud - Prestaciones Institución		11.631.013.526
Total		\$11.666.435.473

Fuente: Departamento de Finanzas SAMU Metropolitano junio 2019

En la tabla N°72, se aprecia el desglose de las transferencias corrientes, que muestra el presupuesto vía gobierno central, y en la tabla N°73 se ve el desglose de otros ingresos, donde se aprecia el retorno por concepto de licencias médicas y otros no detallados, que son parte fundamental en la recuperación de recursos para la Institución. Aquí no se encuentra la recuperación de SOAP como se explicó en otro punto anterior del Proyecto.

Tabla 73: Desglose Otros Ingresos

OTROS INGRESOS CORRIENTES		Sub-Categoría
Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	86.193.000	
Reembolsos Art. 4 ° Ley N ° 19.345 y Ley N ° 19.117		16.000.000
Recuperaciones Art. 12 Ley N ° 18.196 y Ley N ° 19.1		70.193.000
Otros	120.000	
Total	86.313.000	

Fuente: Departamento de Finanzas SAMU Metropolitano junio 2019

4.8.9 Estructura de Costos

Existen claras relaciones entre sus debilidades y oportunidades en este ámbito, como recuperar al 100% las licencias médicas y los SOAP, para obtener de vuelta el dinero de las licencias se debe tener el personal y la tecnología para generar los cobros de los SOAP. Es aquí, donde se podrían conseguir los fondos para mejorar la cobertura en toda la Región.

I.- Gastos en personal: Comprende todos los gastos que, por concepto de remuneraciones, aportes del empleador y otros gastos relativos al personal, consultan los organismos del sector público para el pago del recurso humano. Dentro de este gasto, se encuentran 4 grandes categorías:

- Personal de Planta.
- Personal a Contrata.
- Otras Remuneraciones.
- Otros Gastos en Personal.

II.- Bienes y servicios de consumo: Comprende los gastos por adquisiciones de bienes de consumo y servicios no personales, necesarios para el cumplimiento de las funciones y actividades del sector público.

Asimismo, incluye los gastos derivados del pago de determinados impuestos, tasas, derechos y otros gravámenes de naturaleza similar, que en cada caso se indican en los ítems respectivos.

III.- Prestaciones de seguridad social: Este tipo de gasto cuenta con 3 grandes grupos, que en su total conforman el presupuesto de este subtítulo.

- **Prestaciones previsionales:** son los gastos por concepto de jubilaciones, pensiones, montepíos, desahucios y en general cualquier beneficio de similar naturaleza, que se encuentren condicionados al pago previo de un aporte, por parte del paciente. También, se imputarán a este ítem los desahucios e indemnizaciones establecidos en estatutos especiales del personal de algunos organismos del sector público; indemnizaciones y rentas vitalicias por fallecimientos en actos de servicio.
- **Prestaciones de asistencia social:** Los entes previsionales imputarán a este ítem los pagos que efectúen por concepto de seguridad social no condicionadas al pago previo de un aporte, como las asignaciones familiares y maternales a pacientes del Título I del D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social.
- **Prestaciones sociales del empleador:** Corresponde a cualquier beneficio de seguridad social pagado por el empleador a sus empleados o exempleados. Incluye el aporte patronal a que se refiere el artículo 5° de la Ley N° 18.675, para enterar un capital representativo de una renta vitalicia a los pacientes de esta ley.

IV.- Adquisición de activos no financieros: Comprende los gastos para formación de capital y compra de activos físicos existentes. Dentro de estos activos se encuentran las compras de aquellos que por normativas IFRS deben ser activados y contemplados dentro de la composición del gasto general de la institución, siendo menos del 1% de los gastos. Debido a su bajo nivel de importancia, no se profundizará en este punto.

En la tabla N°74, se pueden apreciar consolidados los gastos del SAMU Metropolitano, de acuerdo con los 4 subtítulos señalados, de acuerdo con la glosa presupuestaria manejada por el Departamento de Finanzas en 2019.

Tabla 74: Total de Costos SAMU Metropolitano 2019

Código Base	Concepto Presupuestario	Ley de Presupuestos	Porcentaje de composición
21	GASTOS EN PERSONAL	9.648.727.707	81,566%
22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.847.273.000	15,616%
23	PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	312.805.766	2,644%
29	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	20.582.000	0,174%
Total		11.829.388.473	100%

Fuente: Departamento de Finanzas SAMU Metropolitano

Como se mencionó en el análisis Económico, el SAMU Metropolitano es una institución que ejecuta presupuestos, pero no genera ingresos, lo cual limita las posibilidades de crecimiento en el presente, pero pueden tomar oportunidades.

4.9 Relación Elementos Modelo de Negocio y Atributos Propuesta de Valor

A continuación, se realiza un análisis de cómo cada una de las partes de modelo de negocio se ven potenciados con los atributos de la propuesta de valor desarrollado para el SAMU Metropolitano.

4.9.1 Recursos Claves

Los recursos claves, que son los que aportarán en gran medida el cumplimiento de los atributos de la propuesta de valor, obligan a la institución a realizar cambios en sus procesos, teniendo políticas para el reemplazo rápido de personal, equipos, ambulancias y los sistemas *back up* necesarios para generar la cobertura de acceso de la ciudadanía con la institución y entre las unidades, generando una respuesta oportuna.

Todo debe ir de la mano con un aumento de la cantidad de bases, recurso físico, que aumenta la cobertura, el aumento de los equipos, junto con políticas de estandarización de la atención, los perfiles de los funcionarios, modificar las evaluaciones periódicas relacionadas con las capacidades y las necesidades de cada funcionario y la aplicación de políticas de calidad que aseguran la atención profesional y experta.

4.9.2 Actividades Claves

Las actividades claves se ven fortalecidas en la Red Asistencial, al ser el SAMU Metropolitano un articulador real de toda la región, entregando beneficios asistenciales a la totalidad de la población.

El fortalecimiento de sus actividades claves, Gestión Telefónica, Traslado Primario y Traslado Secundario, aportan a la posición de la Institución en la Red y en cada Centro Asistencial, incluso apoyando de forma más profesional al descongestionamiento de las Urgencias, al mejorar los estándares en la entrega de sus tres actividades claves.

4.9.3 Asociaciones claves

Al cumplir los atributos de la Propuesta de Valor desarrollada, se fortalece la principal asociación clave para el SAMU Metropolitano, su relación con el MINSAL, al mostrarse como una Institución que genera beneficios asistenciales superiores a ser solo ambulancias para mover pacientes, sino que se transforma en un articulador y apoyo educacional para la descongestión de las urgencias de los centros asistenciales.

Los Centros Asistenciales de diferentes categorías tendrían un articulador más robusto y preparado, que se puede transformar en un aliado muy efectivo en momentos claves como las Campañas de Invierno, que no solo provee traslado de pacientes, sino se incorpora en el rol educacional a la ciudadanía, al entregar atención más profesional y experta en sus tres actividades claves.

Las otras Asociaciones Claves como la Intendencia y las Municipalidades, pueden aportar a que los tres atributos se puedan cumplir, para recibir en las áreas donde la respuesta es débil o nula, una mejora significativa, con un apoyo de algunos recursos claves, en donde toma mayor sentido que es una asociación Clave, por la ayuda recíproca y los beneficios que ambas partes reciben.

Las otras asociaciones claves, no mostrarían grandes cambios en su actual relación con el SAMU Metropolitano.

4.9.4 Relaciones con Clientes

El cliente es el foco del cumplimiento de los tres atributos de la propuesta de valor, desarrollada en este Proyecto. El cumplimiento de estos tres atributos,

buscan entregar la atención Prehospitalaria a todos los ciudadanos de la Región Metropolitana que lo necesiten, sin dejarlos sin una respuesta a sus urgencias.

Una respuesta oportuna a quien llama al 131, no es el simple envío de una ambulancia, es un servicio completo que se desglosa en contestar la llamada en el menor tiempo posible, identificar qué está pasando lo más rápido posible, definir si se dará una orientación telefónica o se enviara una ambulancia -Básica o Avanzada- al lugar de los hechos, entregar la atención más adecuada al paciente para decidir si debe ser trasladado o mantenerse en su domicilio y gestionar rápidamente, pero siempre de forma segura, el centro de derivación del paciente.

En el caso de los Centros Asistenciales quienes solicitan el Traslado Secundario, se debe gestionar dependiendo la gravedad del paciente, de forma rápida la confirmación de los centros, el envío del equipo SAMU, la evaluación del paciente y el traslado y entrega, en condiciones estables.

La cobertura en toda la región renueva el compromiso de la Salud Pública, al atender a todos las personas que necesiten del servicio Prehospitalario, eliminando las áreas donde por tecnología, tiempo o recursos, no se puede recepcionar la llamada, no llegará el equipo de forma oportuna o no existe equipo que pueda atender en esa área.

En la atención profesional y experta se aplican a las tres actividades del SAMU, desde una gestión telefónica acorde al caso evaluado y los estándares establecidos por la institución, la atención presencial acorde a la situación del paciente, con estándares, protocolos y equipos que permitan la mejor resolución de cada caso.

Se debe entender que el cumplimiento de los atributos de la Propuesta de Valor busca que los habitantes de la Región Metropolitana valoren un servicio que es gratuito, público y de libre acceso, pero a la vez, que se genere confianza, respeto y conciencia con la Institución y entender cuándo debe ser utilizado, para fortalecer la imagen y valor del SAMU Metropolitano por la opinión ciudadana.

4.9.5 Canales

Los atributos de respuesta oportuna y cobertura en toda la región son los que deben ser siempre cumplidos para el acceso telefónico, para que los canales sean efectivos en la captura de valor. Si estos atributos no se cumplen, generan una fuga de valor que puede generar resistencia de los usuarios ante el servicio

del SAMU y dañar algunas de las asociaciones claves más importantes para la Institución.

La mejora de los canales y el cumplimiento de la propuesta de valor dependen de cómo sean gestionados los recursos físicos en cuanto a sus disponibilidades, cantidades y ubicaciones, en este último caso para las bases y ambulancias.

La atención profesional y experta es fundamental en los canales, porque es cuando existe contacto con el cliente, en consecuencia, los protocolos, estándares y capacitaciones constantes, deben ser siempre controladas, cuando están en contacto con los usuarios en todo minuto.

4.9.6 Segmento de Mercado

Como fue definido anteriormente, la experiencia sanitaria es compleja, por lo cual el cumplimiento de los atributos de la propuesta de valor debe ser percibidos por la población, tanto los que solicitan el servicio como los que no, porque no son solo los que padecen de una urgencia a donde deben estar dirigidos los esfuerzos, toda la población debe ver cumplidos siempre los atributos de la propuesta de valor del SAMU Metropolitano.

La población y la Red asistencial deben tener altos niveles de confianza en el servicio Prehospitalario entregado por la Institución, lo que conlleva a tener que generar importantes modificaciones que aseguren y mejoren el su servicio en cada momento.

4.9.7 Ingresos

Aunque los ingresos no son directamente relacionados con el cumplimiento de los atributos, son los que permiten tener disponibles todos los recursos necesarios para cumplir con la propuesta de valor en su totalidad.

La imagen de una institución de Salud confiable ayuda a proteger a la Institución de las amenazas presupuestarias, porque el cumplimiento de los atributos, apoyan el fortalecimiento de la imagen confiable del SAMU Metropolitano y su relevancia en la Red Asistencial.

4.9.8 Costos

Es aquí, donde debe estar centrado el presupuesto. Se deben definir los mecanismos que eficiente el uso del recurso financiero para maximizar la

respuesta oportuna, la cobertura en la región y contar con el equipo de profesionales de primera línea.

El cumplimiento de la Propuesta de Valor y sus atributos, claramente generarán nuevas estructuras de costos y de inversión, pero es fundamental entender que las asociaciones claves juegan un rol importante, tanto en la optimización de costos como en la obtención de recursos para la inversión en las diferentes necesidades, para cumplir con los Atributos de Valor y los cambios pertinentes.

En una comparación sencilla, se puede entender que los costos principales de una base del SAMU Metropolitano están compuestos por servicios de electricidad, agua, gas, teléfono e internet, junto con la inversión de una edificación que cuente con piezas de descanso, área común, cocina, sala de reuniones, gabinete para mantener insumos, back up de energía y agua y estacionamiento para ambulancia. Al aumentar los recursos, se aumentan los costos mensuales de la institución.

Tabla 75: Aporte de la relación de los elementos del modelo de negocio con atributos de la propuesta de valor.

	Respuesta oportuna a la solicitud	Cobertura en toda la Región	Atención profesional y experta
Recursos Claves	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Alto
Actividades Claves	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Alto
Asociaciones Claves	Aporte Alto	Aporte Bajo	Aporte Bajo
Relaciones con Clientes	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Alto
Canales	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Medio
Segmentos de Mercado	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Alto
Ingresos	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Alto
Costos	Aporte Alto	Aporte Alto	Aporte Alto

Fuente: Elaboración propia

La aplicación de políticas de costeo, serán primordiales para la optimización del uso de los recursos, ante el establecimiento del costo de cada una de las actividades, para generar presupuestos acordes a un servicio óptimo, basado en el cumplimiento de los atributos de la propuesta de valor, que generarán la imagen de una institución financiera y asistencialmente responsable, sin caer en controles de costos basados en la reducción.

En la tabla N°75 se puede ver un esquema de cómo los atributos de la propuesta de valor generan un aporte en los elementos del modelo de negocios, de acuerdo con el análisis anterior. Este aporte se define como Alto, Medio o Bajo, de acuerdo con cómo se ve afectado su cumplimiento en el modelo de negocio.

4.10 Captura de Valor del Modelo de Negocio

De acuerdo con la continuidad del análisis del Modelo de Negocio, a continuación, se realiza el análisis de captura de valor, en donde se analizará cada parte del modelo Canvas, desarrollado en puntos anteriores, para ver si existe una captura de valor real en las variables del modelo de negocio o visualizar como se podría generar esta captura.

Antes de continuar, como se evidenció en el análisis FODA, el SAMU Metropolitano no está obligado a tener resultados financieros positivos, pero es fundamental contemplar que se debe tener el presupuesto suficiente para asegurar la mejora continua de la operatividad del SAMU.

4.10.1 Captura por parte de los Costos y los Ingresos

En este punto, se analizarán los costos e ingresos de la institución, en donde se buscará como estos aportan y capturan valor para la institución.

4.10.1.1 Estructura de Costos

En la estructura de costos, se encuentran los cuatro grandes grupos que lo componen, siendo el más relevantes el Gasto en Personal 81,5%, seguido por bienes y servicios de consumo 15,6%, de acuerdo con los datos proporcionados por el departamento de finanzas del SAMU Metropolitano, de donde se analizará el primero por ser el más relevantes.

- Gastos en Personal
- Bienes y servicios de consumo
- Prestaciones de seguridad social
- Adquisición de activos no financieros

4.10.1.1.1 Gastos en Personal

El gasto de este ítem es el relacionado con mantener el personal que trabaja en el SAMU Metropolitano. Es aquí, donde parte la base para la captura de valor de la Institución, debido a que todos los lineamientos definidos con anterioridad en este Proyecto se ponen en juego al momento en que los funcionarios que tienen contacto con las solicitudes de los usuarios ingresan al sistema y posteriormente existe una respuesta virtual o presencial.

No existe posibilidad de captura de valor si la seguridad de la remuneración del personal necesario para la operatividad del sistema no está disponible, tanto en el presupuesto total de los funcionarios como en los tiempos de pago y en los valores de mercados, debido a que no solo se puede generar un ambiente de desmotivación, sino se puede provocar una fuga del recurso clave en lo que es la realización de las actividades claves del mismo modelo de negocio.

Pero es fundamental entender, que el gasto en personal debe ser administrado para su óptimo resultado en los servicios entregados, sin caer en la sobre dimensión de personal necesario, contrataciones de puestos que no aportan valor para desempeñar los cargos estratégicos que permiten la captura de valor.

4.10.1.2 Fuentes de Ingresos

Como se estableció en el modelo de negocios, el SAMU Metropolitano tiene cuatro fuentes de ingresos, que, aunque en los subtítulos son solo tres, para efecto del análisis, se separaron las licencias médicas y su recuperación con los otros ingresos.

- Transferencias Corrientes
- Ingresos de Operación
- Recuperación y reembolso por Licencias Médicas
- Otros Ingresos

Sin entrar en un análisis que es innecesario, la variable de las transferencias corrientes es la desarrollada a continuación, debido a que corresponde al 98,6% de todos los ingresos del SAMU Metropolitano, de acuerdo con los datos entregados por el departamento de finanzas de la Institución.

4.10.1.2.1 Transferencias Corrientes

Como se ha dicho, la mayor amenaza del SAMU Metropolitano se ve reflejada en su fuente de ingresos, con una dependencia absoluta del presupuesto central otorgado a la institución, no existe posibilidad de generar independencia en la toma de decisiones, porque a la vez, no es una institución autogestionada.

La captura de valor se generará, cuando la toma de decisiones del presupuesto del SAMU Metropolitano contemple aumentos tanto en el gasto formal como en la inversión para el aumento y mejora de los recursos.

Por otro lado, la Institución debe generar en grados superiores del 5% de su presupuesto, los ingresos propios derivados de servicios entregados a la

población, que hoy no están siendo un foco para desarrollar, de acuerdo con los datos entregados por el departamento de finanzas del SAMU Metropolitano.

4.10.1.3 Asociaciones Claves

Las asociaciones claves del SAMU Metropolitano afectan a toda la Institución, como se dijo anteriormente, las grandes amenazas y debilidades del SAMU Metropolitano impactan fuertemente en su recurso financiero y en la imagen que tiene con quienes se desenvuelve constantemente, la Red Asistencial y los actores en las urgencias, que son sus asociaciones claves. Es por eso, que estas serán analizadas en este punto, de acuerdo con lo recopilado en el Proyecto realizada, son las siguientes:

- MINSAL
- Centros Asistenciales
- Intendencias y Municipalidades
- Proveedores de Servicios

De estas asociaciones claves, se puede ver que la principal es la relación con el MINSAL, debido a que es este ente el que no conoce el real rol del SAMU Metropolitano, tanto en sus capacidades, como en su competencia en tareas claves como la preparación ante emergencias o catástrofes, como el brazo móvil de la salud, que, de acuerdo con la ONEMI (2019), debe ser la respuesta sanitaria.

El SAMU debe proclamar su rol dentro del acontecer sanitario, para transformarse en un actor relevante, con una estrecha relación con los centros asistenciales de la Red.

Agrupando a la Intendencia y Municipalidades, el SAMU debe capturar valor mostrándose como un aliado en el bienestar de la comunidad, demostrando que el apoyo mutuo y la inversión de estos entes en la institución genera beneficios sociales y sanitarios. Así el apoyo en el presupuesto del SAMU, en ítem como arreglo de bases, adquisición de equipos u otros, bajo nuevos convenios de colaboración, aportan a la seguridad social.

Los Proveedores de Servicios, apoyan en asegurar que no se quiebre el servicio, para que la institución pueda generar sus servicios y generar captura de valor, apoyando en generar reconocimiento de respuesta sanitaria en todo momento.

4.10.2 Captura por parte de los Recursos

Es en este punto donde se pone en juego si se logrará capturar valor o no, debido que aquí se conjugan las bases fundamentales para lograr los resultados esperados de las actividades claves del SAMU Metropolitano.

Como se estableció ya en capítulos anteriores, los servicios son tres, que son sus actividades claves a) la Gestión telefónica, b) el Traslado primario con o sin intervención y c) el Traslado secundario, en donde están involucrados todos los recursos claves de la institución.

- Ambulancias, equipos médicos e insumos propios
- Recintos físicos.
- Electricidad (*Back UP* de apoyo operativo)
- Sistema comunicacional (telefónico y radial)
- Médicos y funcionarios de atención prehospitalaria

En este caso, se presentará uno a uno por los recursos y sus relaciones, para entender por qué su calidad de claves permite la captura de valor.

4.10.2.1 Ambulancias, equipos médicos e insumos propios

Piezas primordiales en los servicios de traslado primario y secundario, en donde sin ambulancias, todo el modelo prehospitalario del SAMU no tiene razón de existir y la captura de valor se elimina en estos servicios, debido a que deja de entregar una respuesta a la solicitud de las personas, dejando sin valides la propuesta de valor desarrollada.

Los equipos médicos y los insumos complementan el estándar de respuesta sanitaria a las personas, fortaleciendo la confianza en las atenciones y mejorando la capacidad de toma de decisiones y el tipo de intervención a realizar al paciente.

Los quiebres de stock, en la disponibilidad de recursos, afecta a la respuesta sanitaria en la sociedad, mermando las confianzas y destruyendo la imagen institucional en la comunidad.

4.10.2.2 Sistema comunicacional

Otro de los recursos claves, que capturan valor, son las comunicaciones, en especial a la capacidad de la población de tener accesibilidad al 131, ser atendidos y recibir una respuesta acorde a la necesidad.

Uno de los servicios del SAMU Metropolitano, la Gestión telefónica, posiciona a la institución en la sociedad, donde es fundamental la definición del rol de la Institución y donde el personal que contesta las llamadas debe tener la preparación para poder gestionar orientaciones acordes a la solicitud, sean de carácter sanitario o no, aportando a la salud psicológica de las personas.

Esta preparación debe ser acompañada con nuevas herramientas tecnológicas que mejoren la capacidad humana y a la vez con procesos de programación que garanticen contar con el 100% de los recursos necesarios para dar una respuesta sanitaria de calidad.

4.10.2.3 Médicos y funcionarios de atención prehospitalaria

Como se señaló en el punto de gastos e ingresos, el recurso humano es fundamental para la captura de valor, por los siguientes puntos de vista:

- Experiencia de la persona atendida: Sin lugar a duda, una buena experiencia, tanto telefónica como presencial, no solo realiza captura de valor en esa persona, sino que fortalece la imagen de la Institución, entregando a la población, los verdaderos usuarios, el conocimiento de este servicio gratuito y público.
- Imagen institucional: Es claro que este punto de vista es el que permite llevar su rol a las esferas altas del gobierno central, debido al reconocimiento que la población a la labor de esta Institución, que le permitirá capturar valor al momento de ver puntos como los financieros tanto en presupuesto e inversión.

4.10.2.4 Recintos físicos y electricidad

Para finalizar, este recurso se vuelve clave cuando la Institución debe asegurar operatividad 24/7, en cada una de sus actividades de la cadena de valor, debido a que sin las Bases y el Centro regulador y sin electricidad, la capacidad de respuesta del SAMU es nula.

La valoración de la comunidad, no se produce porque el SAMU cuente con estos recursos, sino por que tenga la capacidad de generar los servicios de Gestión Telefónica, Traslado Primario y Traslado Secundario, por eso se debe trabajar en proporcionarlo sin cortes que afecten la operatividad.

4.10.3 Captura por parte de las actividades de la Cadena de Valor.

Es en este punto donde las actividades claves se conjugan con los canales, tomando los recursos físicos para entregar los servicios del SAMU Metropolitano. Es importante ver que la fragilidad no se presenta en las actividades claves, que son las principales en la cadena de valor, sino en las actividades de apoyo que soportan los procesos internos que permiten la entrega de los servicios prehospitalarios.

Es por eso, que las actividades de comunicación y gestión de flota pueden eliminar toda captura de valor definida con anterioridad a la no disponibilidad de los servicios telefónicos y radiales que permiten la accesibilidad al 131 y el mal manejo de gestión de flota para disponibilidad el recurso de ambulancias, que es el que permite realizar los traslados.

Los controles de nivel de las gestiones de flota y comunicaciones deben ser controlados de forma muy cercana y minuciosa para mitigar el riesgo de pérdida de captura de valor que se podría generar por la falta de estos recursos claves.

4.10.4 Captura por parte de los Usuarios.

Aunque el modelo de negocio intenta segmentar los diferentes tipos de pacientes, para la captura de valor, es necesario entender que este proceso parte entregando una buena respuesta a la persona que llama al 131, sin importar si el motivo por el cual se llamo era urgencia o emergencia.

Al entender que todo parte por la gestión telefónica se vuelve necesario considerar que todos los esfuerzos deben entregar una respuesta de excelencia, sin importar si es telefónica o clínica, sino una respuesta sanitaria, (físico-psicológico) de excelencia, en donde los valores planteados sean los que modelen el comportamiento de cada uno de los funcionarios que tiene contacto con la población, ya sea de forma remota o física.

En resumen, este análisis del modelo de negocio desarrollado permite que se contrarresten las debilidades y amenazas con las medidas que el control de gestión debe considerar para alinear y mitigar sus efectos y probabilidades de ocurrencia y potenciar sus fortalezas y aumentar las probabilidades de las oportunidades, para el crecimiento de la Institución.

Claramente el desarrollo e implementación de un modelo de negocio permitirá a la Institución un mapa detallado de sus principales puntos para la toma de decisiones en las políticas futuras de la institución.

4.11 Focos relevantes de la estrategia para el SCG.

Hasta el momento, se pueden identificar los siguientes focos relevantes:

- 1.- La institución no cuenta con lineamientos estratégicos claros, como una Visión o Misión que dirijan al cumplimiento de objetivos, lo que desencadena que los funcionarios no logran relacionar los esfuerzos de cada una de sus unidades, para el desarrollo del SAMU Metropolitano.
- 2.- El desconocimiento del sistema Prehospitalario, por parte de las Instituciones superiores, lo deja fuera de las decisiones Ministeriales, debido a la falta de definición institucional propia, la muestra de su aporte a la Red Asistencia y su rol articulador en la Red Asistencial y con otros actores de la emergencia, en el bienestar y la seguridad de la población, como agente asistencial, por su naturaleza móvil y su infraestructura telefónica.
- 3.- La cultura de compromiso con la salud de la población ha incentivado una cultura de la justificación al consumo desmedido de los recursos, sin generar de forma paralela, las medidas de programación y control.
- 4.- La falta de medición de la Institución dificulta la instalación de mínimos y máximos en todos los ámbitos, personal, atenciones, consumo de insumos, etc. Esto dificulta generar relaciones entre los consumos, el cumplimiento de estándares de calidad y el uso eficiente de los presupuestos.
- 5.- La falta de una planificación estratégica, que dirija los pasos del SAMU Metropolitano, en temas como cantidad de equipos de intervención, ubicación de bases, cantidad de operadores, sistemas tecnológicos, niveles de inversión, especializaciones de servicios, etc.
- 6.- Inexistencia de estándares establecidos para la preparación de los funcionarios en ámbitos estratégicos como operadores telefónicos, supervisores, conductores, técnicos paramédicos, reanimadores y médicos. La inexistencia de estándares tanto en el personal, sus conocimientos y como

deben ser realizadas las actividades, dificultan la medición del desarrollo de los servicios.

- 7.- La cultura de la Urgencia es inconsciente de la estructura y el uso de los recursos, en donde la mentalidad de *“el fin justifica los medios”*, logra desvirtuar las acciones correctivas, por la falta de constancia de las jefaturas para mantener políticas firmes.

Es fundamental entender que el diseño e implementación de un sistema de control de gestión, para el SAMU Metropolitano deberá tener en cuenta el escenario real de la institución, en donde incluso, el SCG deberá ser planteado como una herramienta que mida cumplimiento de estándares que generan atenciones de calidad, combinados con el uso eficiente de los recursos.

Sería incompleto que el SCG se centrara en un sistema que solo mida uso de recursos, porque vulnera la naturaleza de la Salud Pública, que es atender a la población, por consiguiente, una mirada basada en la optimización de atenciones, sin la respectiva medición de la calidad de la atención que se está dando, no ayudara al cumplimiento de la Propuesta de Valor y podría debilitar la imagen del SAMU Metropolitano en la Red Asistencial.

4.12 Focos relevantes de la organización para el SCG.

De acuerdo con lo analizado en todos los puntos anteriores, se analizarán los problemas más importantes, que son transversales. Estos tienen tal nivel de conexión, que algunos que genera fortalezas, simultáneamente desvirtúan la ejecución de cosas tan fundamentales como el control o el asumir las responsabilidades de las Jefaturas.

Estos problemas generalizados, desencadenan efectos adversos muy importantes para la institución, que, en un estado aun joven, acarrea los vicios heredados por su historia anterior a la independencia y a la falta de una mirada clave en todo este proceso. Los problemas más relevantes son los siguientes:

- 1.- Inexistencia de una Planificación Estratégica Institucional, en parte por la juventud de su creación, la falta de una visión clara de hacia dónde debe dirigirse, los cambios radicales de las miradas de los directores y la falta de definición del rol del SAMU Metropolitano.

- 2.- Mala comunicación entre las diferentes unidades de la Institución, que generan un mal desarrollo de la Cadena de Valor. La falta de definición institucional no permite el alineamiento entre las unidades, entendiéndose cuál es su rol, para poder desarrollar de forma óptima, la entrega del servicio prehospitalario en sus tres acciones.
- 3.- Falta de estandarización de los procesos prehospitalarios, desde las definiciones de los perfiles de cargo y sus responsabilidades, protocolos de acción, controles de calidad en la ejecución de atenciones y evaluaciones de las capacidades necesarias de cada funcionario de las unidades estratégicas.
- 4.- Falta de medición de cumplimiento de estándares de atención, que permitan medir el apego a los protocolos en el accionar funcionario, así como el uso de los recursos, de acuerdo con la patología del paciente.
- 5.- Inexistencia de programas de incentivos para los funcionarios y una desvinculación de estos incentivos con las Metas existentes en la institución. Esta separación dificulta aprovechar el compromiso de los funcionarios del SAMU Metropolitano, cultura, con la dirección propuesta para la institución.
- 6.- Las programaciones son deficientes, las jefaturas no generan los controles necesarios para incluso hacer presente a los funcionarios cuando incumplen las normativas vigentes. Este problema tiene diferentes fuentes, tales como deficiencia en los incentivos, falta de descripción de cargo y otros.
- 7.- Desconocimiento de todos los procesos que se ejecutan en la Institución. La falta de establecimiento formal de los procesos deja espacios para las improvisaciones, que afectan a la entrega de un buen servicio y la medición de la calidad con que se realiza.
- 8.- Desinformación vertical y horizontal, en donde no se comunican las acciones que se están desarrollando, debido a que las unidades o cargos, se sienten dueños de los procesos y de las acciones a realizar, amenazando el trabajo en equipo.
- 9.- Una cultura y subculturas que afectan el trabajo, que amparan acciones como el ausentismo laboral, no aceptar registrar las responsabilidades o incluso esconder hechos para no ser sancionados.

La incorporación de un SCG a la Institución forzará a empezar a cerrar nodos que no se han solucionados, debido a que es vital que temas como las responsabilidades derivadas de los cargos, queden claras en la gestión de la institucional.

La estandarización de procesos, perfiles, procedimientos, etc., y la evaluación constante del cumplimiento de estos estándares, permitirán que la institución realice un uso eficiente de todos sus recursos, con resultados óptimos, que permitan el cumplimiento de su Misión en el ámbito Asistencial.

Culminada la etapa investigativa, existen los insumos suficientes para iniciar la etapa de desarrollo del Sistema de Control de Gestión contemplando sus diferentes partes, es aquí donde se verá el desarrollo del Mapa Estratégico como inicio de esta etapa, pensando en una aplicación para el SAMU Metropolitano y sus diferentes componentes, para un Cuadro de Mando Integral, sus posteriores Tableros de Gestión, un Modelo de Incentivos coherente con las necesidades del SCG y finalizando con un Modelo de Análisis de Desempeño en dónde se esquematizará el control y análisis del SCG desarrollados en este Proyecto.

CAPÍTULO 5. SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN, MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO Y ESTRATEGIA

En el siguiente capítulo del Proyecto, se va a generar una propuesta de Mapa Estratégico basado en el desarrollo de los capítulos anteriores, para poder cumplir con la Propuesta de Valor, y lograr llevar a la Institución desde el planteamiento de los diferentes objetivos estratégicos, la misión propuesta, hasta el cumplimiento de la Visión.

Esta arquitectura de causa y efecto, que vincula las cuatro perspectivas, es la estructura alrededor de la cual se desenvuelve un mapa estratégico. La construcción de un mapa estratégico obliga a una empresa a aclarar la lógica de como creará valor y para quien. (Kaplan y Norton, 2004, p 61)

En efecto, tomando en cuenta la naturaleza pública, pero a la vez asistencial del SAMU Metropolitano, el diseño del Mapa Estratégico debe ser desarrollado pensando en la captura de valor de acuerdo con la mirada de los usuarios, tomando en cuenta el impacto social que esta herramienta debe generar para posicionar a la Institución y buscar que los activos tangibles e intangibles, creen máximos resultados, de acuerdo con la sinergia esperada.

5.1 Mapa Estratégico para instituciones públicas

La creación de valor de la Institución se logra cuando se conjugan los activos intangibles en donde el conocimiento y la tecnología no necesariamente afectan a los factores financieros, pero si a la captura de valor, tan necesaria para posicionarse en la Red Asistencial y el ámbito de las urgencias y emergencias.

Como señalan Kaplan y Norton (2004), el valor de un activo intangible depende de cuán alineado se encuentra con la estrategia de la institución, cosa que, por desconocimiento del SAMU Metropolitano, esto no ocurre. El Mapa Estratégico debe generar una imagen de cómo los activos intangibles y los procesos que capturan valor se vinculan con la estrategia, para ser los que apoyan el cumplimiento de los objetivos.

De acuerdo con este punto, se debe tener claro que las diferentes perspectivas del mapa muestran los múltiples resultados que se esperan de la estrategia, como se muestra a continuación:

- **Perspectiva Financiera, resultados tangibles financieros.**
- **Perspectiva del Paciente/Cliente, Propuesta de Valor.**
- **Perspectiva de procesos internos, procesos que tengan mayor impacto dentro de la estrategia.**
- **Perspectiva de aprendizaje y crecimiento, identifica los activos intangibles más relevantes para el cumplimiento de la estrategia.**

La propuesta de valor del SAMU Metropolitano define el perfil de la estrategia de la organización, en este sentido, una institución pública debe tener clara su misión con respecto a apuntar a las necesidades de los usuarios a quien está dirigida, para generar las sinergias entre finanzas, procesos internos, aprendizaje y crecimiento con la mirada clara del usuario, quien es el Centro de las estrategias.

Dado el sentido sin fin de lucro de una institución pública, es importante señalar que aunque el uso eficiente de los recursos financieros es primordial, las instituciones públicas no deben perderse en los objetivos de corto plazo de rentabilidad sobre el capital empleado, los competidores globales y las carreras tecnológicas, sino realizar un giro hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios, los tiempos de espera que tienen para recibir la respuesta oportuna y el estándar de calidad con que se espera sea entregado cada servicio.

Otro punto importante para considerar es que, aunque el foco del mapa estratégico de una institución pública no es generar rentabilidades, no se debe dejar de lado que la mejora de la productividad institucional es un punto que debe comprometer a todas las unidades del SAMU Metropolitano. La optimización de las estructuras de costos de la institución, son importantes de considerar en cada perspectiva del mapa estratégico de la institución, focalizado en hacer un correcto uso de los recursos existentes, para una óptima satisfacción de las necesidades de la ciudadanía por servicios prehospitalarios.

En el caso del sector público, no se debe confundir a paciente o cliente (usuarios) con un comprador, como se estableció anteriormente, la percepción de la prestación de servicios de salud, tienen una sensibilidad mayor que cualquier otro servicio prestado, por eso, la percepción del usuario es el foco principal con respecto a la captura de valor de la Institución.

En el siguiente punto, se presenta la propuesta de Mapa Estratégico para el SAMU Metropolitano.

5.2 Propuesta de Mapa estratégico del SAMU Metropolitano

Para diseñar el Mapa Estratégico del SAMU Metropolitano, de acuerdo con los diferentes análisis realizados anteriormente en este Proyecto, se puede concluir que se debe orientar en tres focos centrales, basados en los puntos más importantes detectados en el Análisis FODA y su Propuesta de Valor, para así conseguir el cumplimiento de la Visión de la Institución, de acuerdo con el desarrollo realizado, gracias al cumplimiento de la estrategia, tomamos en cuenta el posicionamiento estratégico en la figura N°14 y los Objetivos Estratégicos propuestos.

- 1.- Entregar respuesta oportuna a la ciudadanía.**
- 2.- Mejorar y fortalecer la accesibilidad de la ciudadanía.**
- 3.- Entregar atenciones prehospitalarias de excelencia.**
- 4.- Fortalecer el uso de las Tecnologías.**
- 5.- Generar equipos de excelencia.**
- 6.- Mejorar el uso de los recursos Institucionales.**

El mapa estratégico, de acuerdo con la mirada de Kaplan y Norton (2004) se basa en principios en donde se equilibren fuerzas contradictorias, en este caso el uso de alta tecnología y la respuesta oportuna a la ciudadanía, donde se contraponen con el mejor uso de los recursos, por los tiempos que usan ambas miradas y los resultados esperados.

De igual manera, los autores Kaplan y Norton (2004) plantean que la Estrategia propone un valor diferenciado para el usuario, sosteniendo la necesidad de que cada uno de los objetivos estratégicos, se relacionen con el posicionamiento estratégico, en donde las experiencia sanitaria prehospitalaria se diferencie de la atención abierta y cerrada, en donde se reconozca su rol y como se integra, en donde objetivos como la accesibilidad, la respuesta oportuna, la excelencia de los equipos y fortalecerse con el uso de tecnologías, debe ser integrado en todos los procesos de la Cadena de Valor, para generar la captura de valor de acuerdo a los tres atributos de la Propuesta de Valor que son:

- **La Respuesta Oportuna a las solicitudes.**
- **Cobertura en toda la Región Metropolitana.**
- **Atención Profesional y Experta.**

Siguiendo con la misma línea, Kaplan y Norton (2004), plantean que la estrategia debe mantener una constante que genere complementariedad entre los temas, en donde los procesos generan aportes en diferentes tiempos, es por ellos que la Estrategia, debe siempre contemplar todos los grupos internos que existan en la institución.

Por último, Kaplan y Norton (2004), postulan que la creación de valor se debe realizar mediante los procesos internos, entendiendo que la relación entre las perspectivas financieras y del usuario, en este caso, se transforman en los dos extremos del desarrollo de este Mapa Estratégico, donde todos los recursos deben estar destinados a sostener la actividad Prehospitalaria del SAMU, priorizando los procesos de la Cadena de Valor y entendiendo que se debe conseguir la Captura de Valor en la experiencia del usuario, donde los focos que guiarán el desarrollo del Mapa Estratégico son:

- 1) Orientar a la institución al cumplimiento de la Misión Organizacional.**
- 2) Aportar a la Salud Pública desde la mirada Prehospitalaria.**
- 3) Uso adecuado y eficiente del presupuesto para el sistema Prehospitalario de la Región.**

Para entender las relaciones entre estos tres focos, es importante profundizar en el sentido que tiene cada uno con respecto al SAMU Metropolitano:

Orientar a la Institución al cumplimiento de la Misión Organizacional: el foco presentado, busca dirigir a la Institución a alinear todos sus procesos para la entrega de una respuesta acorde a la necesidad de las urgencias, en todo momento ante de la comunidad, grupos de pacientes y grupos de interés, cumpliendo siempre con la Propuesta de Valor y los atributos definidos en este Proyecto. Este foco, está estrechamente relacionado con los atributos de la Respuesta Oportuna a la Solicitud y la Atención Profesional y Experta, los cuales están vinculados con la Misión desarrollada en este Proyecto, fortaleciendo una imagen sólida, reconocible y valorada, que direcciona sus actividades y la forma en que las realiza, para lograr posicionarse de forma estratégica en su entorno y la Red Asistencial, ideas que se desarrollaron en los capítulos anteriores.

Aportar a la Salud Pública desde la mirada Prehospitalaria: Sustentada fuertemente con los atributos de la propuesta de valor de la Cobertura en toda la Región, la Respuesta Oportuna a la Solicitud y la Atención Profesional y Experta, este foco apoya la necesidad de fortalecer y diferenciar la experiencia prehospitalaria con respecto a las otras experiencias en la Red Asistencial, posicionándola y atacando las principales debilidades del SAMU Metropolitano, al mostrar el impacto de su labor, el campo de acción prehospitalario y concientizar sobre los recursos necesarios, apoyándose en sus fortalezas como su posición dominante en el sistema, el reconocimiento que existe de su capital humano y su preparación y las barreras que como institución público tiene respecto al sector privado, toma de mejor manera sus oportunidades.

Uso adecuado y eficiente del presupuesto para el sistema Prehospitalario de la Región: Los Mapas Estratégicos de una institución pública, deben estar dirigidos con el cumplimiento de su misión y el uso de los recursos entregados para ejecutar sus operaciones diarias, es por ello, que este foco considera como punto relevante, el recurso monetario que permite las diferentes acciones necesarias para cumplir con los tres atributos de la propuesta de valor como contar con el personal idóneo, contar con los equipos que permitan entregar la respuesta oportuna a cada solicitud y generar la cobertura en toda la región, con la infraestructura necesaria.

Estos tres focos, permiten ordenar de mejor manera el Mapa Estratégico, para que cumpla con los atributos de la propuesta de valor y direcciona al SAMU Metropolitano a realizar día a día su misión, propuesta en este Proyecto.

Dado este análisis, se define que, para desarrollar el Mapa Estratégico, se debe hacer un cambio dentro de su estructura, debido a que la perspectiva financiera es una herramienta dentro del sistema prehospitalario, que garantiza el acceso universal, siendo los resultados en la comunidad los más importantes. Es por esto por lo que, para ir de la Misión a la Visión, es necesario establecer ir desde la Perspectiva de financiera para pasar a la Perspectiva de aprendizaje y crecimiento, siguiente perspectiva de procesos internos, para luego llegar a la perspectiva del usuario (Paciente o Cliente), que es el fin último de la Salud a nivel mundial.

5.2.1 Perspectiva del Usuario

De acuerdo con Kaplan y Norton (2004), la relación causa – efecto, es fundamental para entender cómo, de acuerdo a todos los aspectos planteados

en el proyecto, se genera la captura de valor, de acuerdo a la ejecución de cada uno de los procesos y los objetivos que aseguran el cumplimiento de los Atributos de la Propuesta de Valor, es por eso que el cumplimiento de sus atributos que son Atención profesional y Experta, Respuesta oportuna a la solicitud y Cobertura en toda la Región, deben generar en la mente de los habitantes de la Región Metropolitana, la construcción de **“La Imagen de una Institución”** caracterizada por un servicio diferenciado y de confianza, con un equipo humano que se reconozca su experticia, destacando su fortaleza, y de fácil acceso ante cualquier urgencia de naturaleza prehospitalaria.

Es fundamental entender que los usuarios de este servicio hoy no logran diferenciarlo, entenderlo o valorarlo, por lo cual se deben centrar los objetivos, tomando en cuenta como eje central la Estrategia propuesta en este Proyecto, junto con la Propuesta de Valor para generar en las personas, esa diferencia del resto de los servicios asistenciales públicos. Es por eso, que cada uno de los objetivos de la Perspectiva del Usuario, solo se logran si los tres atributos de la Propuesta de Valor se cumplen, si falla un atributo, afectara a los tres objetivos, debido a que cada uno de los tres servicios del SAMU Metropolitano se cumplen obligatoriamente con Atención Sanitaria, Respuesta a la Solicitud y Cobertura Regional.

Tomando en cuenta lo que más aprecian los usuarios del sistema prehospitalario, primero se debe mejorar la experiencia en su totalidad, haciendo un giro en los estándares en que se quieren trabajar, para realizar el aprecio de la ciudadanía, por lo cual los objetivos declarados son los siguientes:

- **Entregar atenciones de excelencia.**
- **Generar confianza en el servicio prehospitalario.**
- **Asegurar acceso a toda la comunidad.**

Estos objetivos, permitirán medir si los esfuerzos institucionales están logrando la captura de valor que apoya al posicionamiento estratégico que fue definido en este proyecto.

5.2.2 Perspectiva de procesos internos

Siguiendo la metodología utilizada en el Proyecto, en este punto los procesos críticos de la institución deben mostrar como esta perspectiva apoya el cumplimiento de lo antes señalado, Usuario, para la persecución del cumplimiento de la estrategia y la misión establecidas, la cual guía al SAMU a

ser un referente nacional e internacional, por la calidad en su trabajo en equipo, empatía, vocación de servicio, disciplina y probidad en la entrega sus servicios.

Interrelacionando la propuesta de valor y sus atributos, con los procesos estratégicos de la UEN, en el proceso de gestión telefónica se debe mejorar el tipo de categorización de llamadas, para poder generar respuestas más rápidas en los tiempos de respuesta del centro regulador, teniendo preestablecido que hacer con las gestiones telefónicas o como atender de forma rápida patologías tiempo dependiente, en donde cada segunda cuenta.

Otro objetivo importante es la optimización de los tiempos de respuesta a los pacientes, en donde variables como el tiempo en que se contesta la llamada o lo que demora en llegar la ambulancia generan una mejora en la experiencia del usuario, en cada uno de los servicios entregados por el SAMU Metropolitano a toda la comunidad.

Desde el sentido de los traslados Primarios, es fundamental aumentar la respuesta en la región metropolitana, siendo primordial no solo cubrir toda el área, sino garantizar niveles óptimos de cobertura, en donde la gestión de los recursos en esencial, mejorando la capacidad de respuesta.

Un último objetivo fundamental para asegurar el cumplimiento de la propuesta de valor es la medición del impacto del sistema prehospitario en la red asistencial, para entender como la atención profesional y experta ayuda a las necesidades de salud de la población.

Aunque existen objetivos estratégicos que tienen mayor fuerza en esta perspectiva, todos influyen de una u otra forma, debido a que organizar de buena manera los recursos que le dan las capacidades al SAMU, ayuda al uso eficiente de recursos, a la respuesta oportuna, a la accesibilidad de la ciudadanía, pero a la vez demuestran como otros objetivos los apoyan. Los objetivos Centrales usados en la Perspectiva de procesos internos fueron:

- 1.- Entregar respuesta oportuna a la ciudadanía.**
- 2.- Mejorar y fortalecer la accesibilidad de la ciudadanía.**
- 3.- Entregar atenciones prehospitalarias de excelencia.**

Los procesos internos, al ser un servicio asistencial, están estrechamente vinculados con la experiencia del usuario, es por eso por lo que como dice Kaplan y Norton (2004) debe existir un complemento en el Mapa Estratégico.

- **Optimizar proceso de gestión de solicitud.**
- **Mejorar la Capacidad de Respuesta**
- **Mejorar orientación telefónica ante una emergencia.**
- **Aumentar las Intervenciones y Traslados en la Red.**
- **Mejorar calidad de las Intervenciones.**

5.2.3 Perspectiva de aprendizaje y crecimiento

En esta perspectiva, es fundamental retomar que la principal fortaleza del SAMU Metropolitano es su Capital Humano, reconocido en el mundo de las Emergencias, pero por su falta de posicionamiento como Institución en la Red Asistencial, no se ve su aporte a la Salud Pública.

Es por ellos, que, ante el reconocimiento de las limitantes institucionales, el *Know How* propio y único del SAMU, se debe empezar a mantener dentro de la institución, con procesos que estandaricen y preparen el conocimiento del capital Humano, pero a la vez incluya herramientas de tecnología que apoye a sus procesos diarios, debido a que no solo sea el conocimiento actual del Capital Humano fortalezas de la Institución, sino también sus actividades principales sostenida con tecnología que aporte a lograr capacidades optimas de respuesta.

De igual manera que en la perspectiva anterior, aunque todos los objetivos apoyan a la construcción de esta perspectiva, los principales son:

4.- Fortalecer el uso de las Tecnologías.

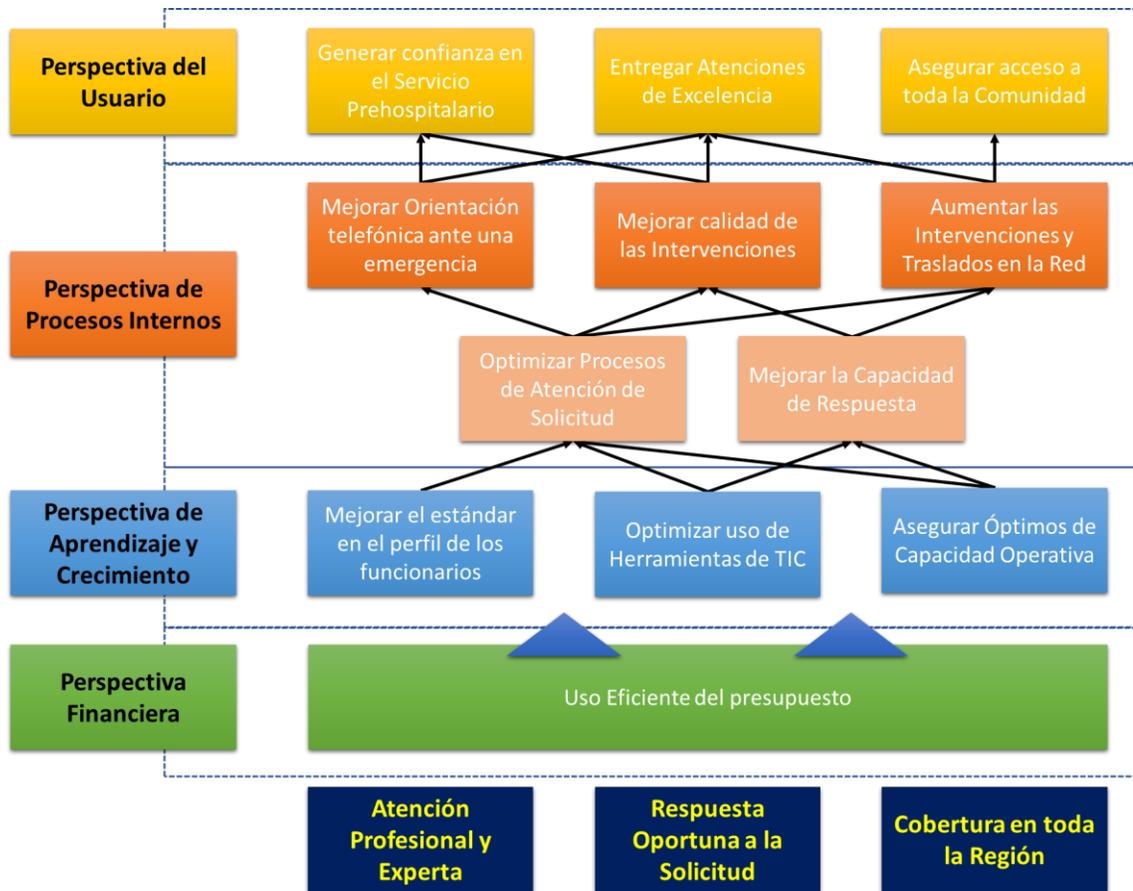
5.- Generar equipos de excelencia.

6.- Mejorar el uso de los recursos Institucionales.

En relación con lo expuesto anteriormente, todo el desarrollo se centrará en tres puntos fundamentales para los objetivos definidos en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, esto son los siguientes:

- **Mejorar el estándar en el perfil de los funcionarios.**
- **Optimizar uso de herramientas de TIC.**
- **Asegurar óptimos de capacidad operativa.**

Figura 17: Propuesta de Mapa Estratégico para SAMU Metropolitano



Fuente: Elaboración propia

5.2.4 Perspectiva Financiera

Siguiendo con el orden establecido, el SAMU Metropolitano no está obligado a generar resultados positivos, pero si a generar rentabilidades sociales, como el acceso universal al sistema de salud, desde su posición prehospitalario.

No es menor el manejo óptimo en los recursos financieros de la Institución, pero a diferencia de otras instituciones públicas, la principal exigencia de la que se debe preocupar la institución es no dejar de prestar sus servicios a la comunidad de toda la Región, por consiguiente, la maximización de la ejecución de un presupuesto de forma eficaz es una condición esencial para la Institución.

Otro de los puntos importantes en cuando al uso de los recursos financieros, es el control en los gastos, los que deben tener una coherencia entre el servicio

entregado y el volumen de estos, sobre todo en ítems como horas extras y honorarios. Tomando en cuenta los dos desafíos más grandes en cuanto a manejo de recurso financieros, el objetivo financiero más importante es el siguiente:

- **Uso eficiente del presupuesto.**

Una vez expuestos los objetivos de cada perspectiva, en la figura N°17 se puede apreciar la propuesta de mapa estratégico para el SAMU Metropolitano, en donde el modelo de Kaplan y Norton de mapa estratégico es modificado, no solo por ser una entidad pública, sino también por ser una entidad de salud, en donde el uso de los recursos financieros está al servicio de mejorar vidas, existiendo limitantes, pero no siendo un fin en sí mismo para las instituciones de salud.

5.2.5 Temas Estratégicos

El mapa estratégico entrega una visualización gráfica del conjunto de objetivos en sus diferentes perspectivas, que integran la estrategia con las actividades principales de la institución, en donde la propuesta de valor es un hilo conductor que permite unirlos para que los procesos estratégicos declarados en el mapa puedan identificar los temas estratégicos, que permiten a la institución alinear sus esfuerzos y acciones para la ejecución y cumplimiento de la visión.

Para Kaplan y Norton (2008), existen cientos de procesos simultáneos, que, aunque su desempeño no pareciera afectar al cumplimiento de los objetivos estratégicos, si terminan afectando a los atributos de la propuesta de valor, es por ellos que los Objetivos y las Actividades se deben mirar y tratar con mayor cuidado y una mirada integradora, pero entendiendo que siempre están vinculados entre sí.

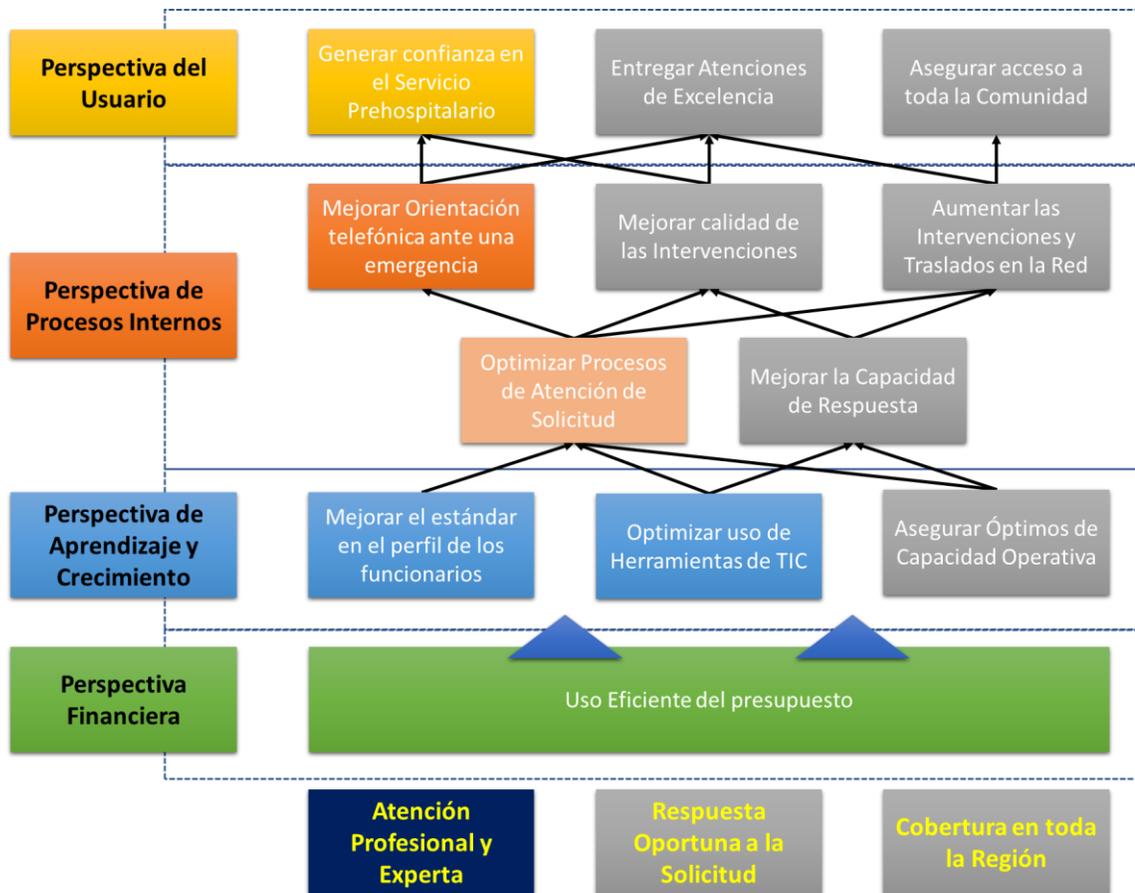
Es por esta razón, y entendiendo incluso en el análisis de Recursos y Capacidades, se evidencia que, en los servicios del SAMU Metropolitano, los objetivos desarrollados en el Mapa Estratégico nunca tendrán un tema único al que pertenezcan, debido a que como se refleja en este proyecto, en la atención Sanitaria, todos los aspectos se conjugan al mismo tiempo, para lograr sus objetivos, por eso los Temas Estratégicos, compartirán objetivos, debido al alcance que generan.

A continuación, se muestran los diferentes temas estratégicos propuestos en este Proyecto para el SAMU Metropolitano.

5.2.5.1 Generar confianza en el servicio prehospitalario

Continuando con la línea del Proyecto, el tema estratégico a reconocer se relaciona con el atributo de la propuesta de valor, que hace referencia a la **“Atención Profesional y Experta”**. Ésta pone en juego gran parte de los objetivos señalados en el mapa estratégico y esto se debe a la estrecha conexión que existe entre ellos y el corto tiempo que este atributo tiene en la mayoría de los procesos, para lograr que el paciente pueda cambiar su experiencia y generar mentalmente la imagen de confianza en el sistema prehospitalario.

Figura 18: Eje Estratégico Atención profesional y experta



Fuente: Elaboración propia

Para poder iniciar el cumplimiento de este Objetivos, se debe tomar en cuenta que esta sobre el Eje de la Atención Profesional y Experta, el cual conjuga los objetivos de Mejores Estándar de Perfiles, Uso de Herramientas TIC, que son la

base del eje, para poder llevar a Optimizar Procesos de Atención, porque no solo se verán mejorada las Gestiones Telefónicas, sino también los Traslados.

Mejorar Orientaciones telefónicas, es el apoyo principal tanto para el paciente como para el equipo de Intervención, cuando el Centro Regulador logra diagnosticar claramente la Emergencia, por eso es vital este punto, porque un acompañamiento óptimo y profesional junto a un equipo de Intervención bien elegido y preparado, generan la Confianza de las personas en el SAMU.

No se puede separar la optimización del uso de herramientas TIC, debido a que permite generar una dimensión del impacto del sistema Prehospitalario, para que, junto a tiempos de respuesta óptimos a las llamadas, logren generar en la experiencia del paciente una imagen de confianza del servicio, como se muestra en la figura N°18.

5.2.5.2 Entregar atenciones de Excelencia

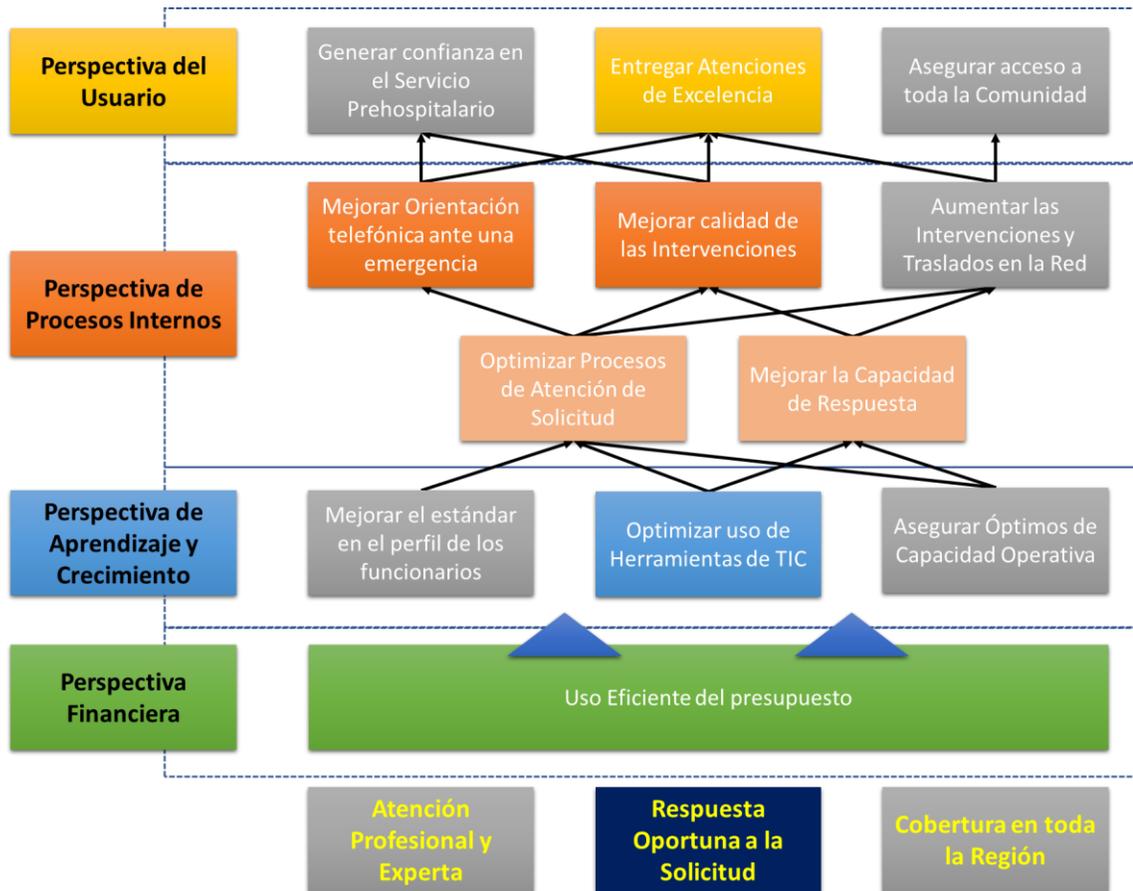
Al momento de trabajar los temas estratégicos, se debe volver a lo trabajado en donde la propuesta de valor entrego tres atributos derivados de la aplicación de la metodología del océano azul, en donde el primer atributo “**Respuesta Oportuna a la Solicitud**” se vuelve fundamental en la construcción de un buen servicio prehospitalarios, siendo base de la experiencia, el estándar de calidad de las orientaciones y las Intervenciones.

El uso de Herramientas TIC, se vuelve fundamental para la Respuesta Oportuna, porque apoyar las actividades con tecnología que permita ver los puntos ciegos de la Atención Prehospitalaria, es la base de Procesos Óptimos y Mejores Respuestas Sanitarias, pero conjugado con el Capital Humano, van a ayudar a que el SAMU Metropolitano pueda Orientar mejor, pero a la vez, generar nuevos y mejores estándares en las Intervenciones (Traslados Primarios y Secundarios), en la Red, para apuntar a Atenciones de Excelencia, gracias al Eje desarrollado en el Mapa Estratégico.

Este atributo exige que la mejora en el estándar de los perfiles de los funcionarios, desarrollada en el Eje de la Atención Profesional y Experta, considere las herramientas TIC que permitan optimizar el trabajo en conjunto para generar categorizaciones de pacientes más asertivas, disminuyendo el error de la respuesta de la llamada. Vinculado a esto, se necesita mejorar los procesos de disponibilidad de recursos críticos como ambulancias e insumos para generar las

mejoras de la atención en el traslado e intervención, logrando entregar atenciones de excelencia para el paciente, como se muestra en la figura N°19.

Figura 19: Eje Estratégico Respuesta oportuna a la solicitud



Fuente: Elaboración propia

5.2.5.3 Asegurar acceso a toda la comunidad.

Como tercer atributo de la propuesta de valor, relacionado con los objetivos señalados en el mapa estratégico, la **“Cobertura en toda la Región”** es fundamental para poder dar acceso a las solicitudes y las necesidades de las personas de la Región, conjugando con los recursos del SAMU Metropolitano, como se van a generar las respuestas.

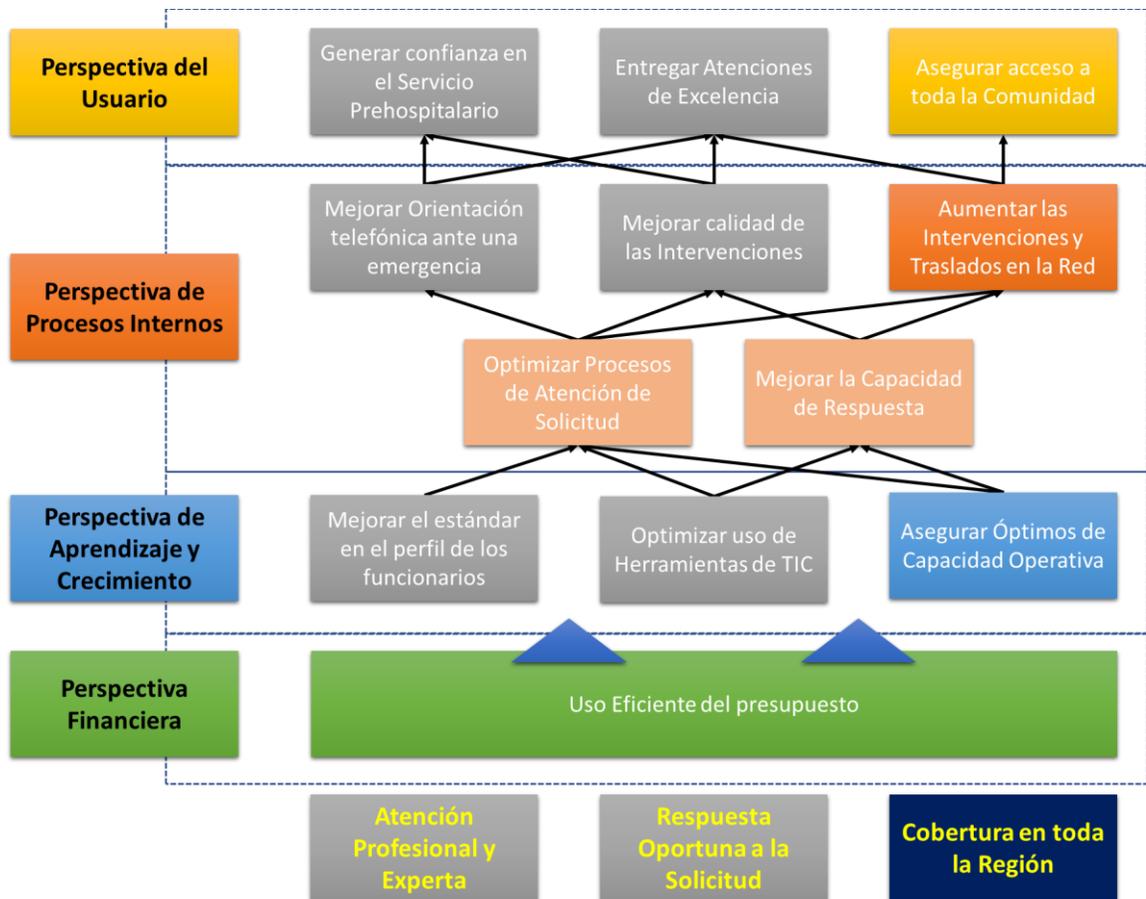
Se vinculo al Capital Humano, principal fortaleza de la Institución y la necesidad de la Implementación de Herramientas TIC, pero asegurar la Cobertura, también

tiene que ver con conjugar los Recursos del SAMU para lograr tener lo Óptimos de Capacidad para entregar respuesta a las solicitudes Prehospitalarias.

Más aun, aunque pareciera que las actividades de control de óptimos, se realiza diariamente, es muy deficiente, falta de herramientas TIC y de criterios de niveles óptimos, pensados en los procesos principales de la cadena de valor y en la capacidad de respuesta institucional, todos relacionados entre sí.

El proyecto, al presentar óptimos, apunta a una perfección de los procesos que generan mayor disponibilidad en los recursos, que permiten aumentar las Intervenciones, gracias a modelos de optimización de las solicitudes, que permiten clasificar de mejor manera, las Emergencias de las Urgencias de la ciudadanía, un gran problema al momento de trabajar con la capacidad sanitaria.

Figura 20: Eje Estratégico Cobertura en toda la Región



Fuente: Elaboración propia

Contar con el financiamiento óptimo para asegurar la operatividad del sistema en atender a las personas de la región, considerando que el objetivo final es lograr asegurar acceso a toda la comunidad, para cada persona que se encuentre en la región metropolitana, para su bienestar social. En la figura N°20 se muestra el eje en que se desarrolla.

5.2.6 Diccionario de objetivos del mapa estratégico

En el siguiente punto se generará la explicación que existe entre las relaciones de los objetivos del mapa estratégico y cómo se crean las dependencias entre ellos, tomando en consideración las diferentes perspectivas a analizar, para mostrar en la UEN, cómo la causa genera un efecto que apoya a la comprensión de la estrategia en un marco global, llamando a esta herramienta el Diccionario de Objetivos.

Esta herramienta en si es un facilitador para alinear a las diferentes unidades a que generen un trabajo colaborativo focalizado en el cumplimiento de la estrategia, señalando cómo cada una de las partes debe actuar para el logro colectivo, generando comparaciones del estado actual de las unidades con el estado esperado, para lograr la creación de valor.

5.2.6.1 Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento

A continuación, se presenta la tabla N°76 el Diccionario por las relaciones de la Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento con la Perspectiva de Procesos Internos.

Tabla 76: Diccionario de Aprendizaje y Crecimiento.

Causa	Efecto
Mejorar el estándar en el perfil de los funcionarios	Optimizar Proceso de atención de Solicitud
Explicación	
Mejorar el perfil de los funcionarios, sobre todos los que tienen mayor contacto con los pacientes, genera niveles de conocimiento mayores que aportan a mejorar la categorización de las solicitudes.	
Actualmente los funcionarios como operadores no tienen estándares claros y definidos para realizar su labor, sin el desarrollo de un perfil de sus cargos, que genere el desarrollo de habilidades para el manejo de solicitudes de pacientes con estados alterados, generar la extracción de información más relevantes y generar categorizaciones rápidas del estado del paciente.	
El efecto esperado es perfeccionar las categorizaciones de los pacientes, para que la respuesta del SAMU sea más acorde a las reales necesidades del paciente, teniendo perfiles claros, con programas de capacitaciones y actividades de apoyos constantes para mantener a este personal estratégico en condiciones de realizar de forma excelente.	
Causa	Efecto
Optimizar uso de herramientas de TIC	Optimizar Proceso de atención de Solicitud
Explicación	
La utilización de herramientas TIC apoya la tarea del operador, supervisor y regulador a la hora de generar categorización del paciente, disminuyendo los márgenes de error entre lo que se cree y lo que se encuentra en el lugar de la atención.	

<p>Actualmente la obtención de la información mínima para generar la categorización de la solicitud se realiza mediante un cuestionario, que deja a la libre interpretación de quien lo realiza, la categorización de si es crítico o no, sin tener un control que permita disminuir su error.</p>	
<p>Se espera tener controles de calidad en la categorización que permitan contrastar lo que interpreta el que recolecta la información y toma la decisión, con lo que un programa de inteligencia artificial puede ver en fracción de segundo solo con datos y probabilidades, detectando incoherencias.</p>	
Causa	Efecto
Optimizar uso de Herramientas de TIC	Mejorar la Capacidad de Respuesta
Explicación	
<p>El uso de herramientas TIC apoya a conocer mejor la capacidad de respuesta de la Institución, en cuando a personal en turno, equipos conformados, información de bodega y farmacia en línea para mejorar la logística interna y captar información rápida de cada una de las solicitudes y atenciones.</p>	
<p>Actualmente la institución maneja planillas Excel para el manejo del personal en día, con problemas en los criterios de conformación y quedando con cuotas de Jefatura dependiente el manejo de esta información. La información de recursos claves no es algo de fácil manejo, el cual no está optimizado para apoyar el tiempo que garantice una respuesta óptima.</p>	
<p>El efecto de manejar la disponibilidad de recursos va a mejorar la resolutivez y la toma de decisiones ante eventos de todo tipo, manejando con rapidez cada una de las necesidades logísticas que permiten asegurar la respuesta sanitaria.</p>	
Causa	Efecto
Asegurar óptimos de capacidad operativa	Mejorar la capacidad de Respuesta
Explicación	
<p>La capacidad de Respuesta de la Institución está directamente relacionada con los manejos de los óptimos de capacidad operativa, en donde la formación de personal, el funcionamiento de los anexos telefónicos, las ambulancias en bases, los equipos médicos y otros servicios operativos que deben asegurar trabajar con los niveles establecidos para la entrega de la Respuesta Sanitaria.</p>	
<p>Actualmente la institución no tiene establecido niveles óptimos de formación tanto en el Centro Regulador como en la Intervención, siendo dependiente de las jefaturas, el cómo se conforman los diferentes equipos.</p> <p>Para el sistema de turno, no existe una política de conformación, siendo utilizado un criterio de conformar primero la flota de M3 y M2 y luego la M1.</p> <p>La conformación del Centro Regulador no tiene una política clara de unificación de turnos y su formación mínima. Con respecto a los Equipos e insumos, no existen políticas claras de cuando deben tener tanto en el móvil como en las bases. No existe estandarización de consumo de insumos en cada atención.</p>	
<p>El efecto esperado, al establecer cuales con las capacidades operativas optimas, es conocer la disponibilidad de recursos mínimos, en base a la historia de atenciones y los consumos mínimos institucionales en familia de intervenciones, entendiendo que la estandarización en los consumos debe ser flexible cuando el evento lo amerita.</p>	
Causa	Efecto
Asegurar óptimos de capacidad operativa	Optimizar Proceso de atención de Solicitud
Explicación	
<p>Toda optimización de los recursos permite que la gestión telefónica tenga información muy importante para la toma de decisiones al momento de enfrentar una solicitud.</p> <p>Uno de los recursos críticos más importantes son las personas, las ambulancias y las bases, los cuales deberían estar disponibles en radios que permitan mejorar la respuesta a todos los puntos de la región, para la entrega del servicio prehospitalario y el acceso telefónico en toda la región. La logística de insumos clínicos y gestión de flota se hace relevante en un servicio que cuenta con bases con una gran disposición, asegurando tener los recursos críticos mínimos para poder realizar una atención prehospitalaria, pero bajo estándares de calidad que deben generar en un traslado e intervención en óptimas condiciones.</p>	
<p>Actualmente el por temas de falta de recursos y procesos para mantener operativos los recursos actuales, no se puede dar respuesta a todas las comunas de la región, donde procesos como la gestión de flota se vuelven fundamentales al momento de generar disponibilidad de vehículos y, por otro lado, actualmente solo 42 comunas ingresan al sistema 131, por problemas de comunicaciones.</p> <p>Actualmente la disponibilidad de recursos como los vehículos genera lapsos de discontinuidad de la operatividad de los equipos de intervención, por no tener procesos claros y coordinaciones expeditas.</p>	
<p>Se deben generar procesos que faciliten el trabajo conjunto para asegurar continuidad operacional en todo el sistema y el conocimiento de todos los recursos disponibles de la institución.</p> <p>Se espera que la mejora de los procesos de disponibilidad de recursos críticos como vehículos, sean optimizados para tener en tiempo mínimos recambio de ambulancias para generar atenciones en el 100% de las comunas y la recepción de todas las llamadas de la región.</p>	

Fuente: Elaboración propia

5.2.6.2 Perspectiva de Procesos Internos

A continuación, de acuerdo con la línea de trabajo del Proyecto presente, se desarrollará la tabla N°77 con el Diccionario por las relaciones de procesos internos desarrollado de acuerdo con el Mapa Estratégico presentado para el SAMU Metropolitano, tomando en cuenta las Perspectivas de Procesos Internos y Usuario.

Tabla 77: Diccionario de objetivos de Procesos Internos.

Causa	Efecto
Optimizar Proceso de atención de Solicitud	Mejorar calidad de los traslados en la RED
Explicación	
Actualmente, no existe una categorización establecida y reconocida, entre todos los funcionarios del centro regulador, que permita confiar en un 100% que la identificación del estado del paciente es la que realmente se está detectando por parte de los funcionarios, provocando que se envía una ambulancia con la preparación equivocada al momento de ver un paciente de mayor complejidad.	
Causa	Efecto
Optimizar Proceso de atención de Solicitud	Aumentar las intervenciones y traslados
Explicación	
El tiempo de respuesta actualmente, están muy lejos de los óptimos internacionales, 8 minutos, los actuales están entre los 15 a 25 minutos, dependiendo el nivel de cercanía de la base o la rapidez con que se logra categorización del paciente. La mejora de la categorización aporta disminución de tiempos iniciales y un mejor sentido de conocimiento de lo que padece el paciente, pudiendo transmitir a los equipos interventores la real urgencia a la que se enfrentarán.	
Causa	Efecto
Optimizar Proceso de atención de Solicitud	Mejorar orientación telefónica ante una emergencia
Explicación	
Actualmente la orientación telefónica no es considerada un servicio fundamental dentro de los que realiza el SAMU, por consiguiente, no existe una postura con respecto a cómo asesorar debidamente a la población que no tiene una urgencia, pero necesita una orientación de que hacer.	
Causa	Efecto
Mejorar la capacidad de Respuesta	Mejorar calidad de las Intervenciones
Explicación	
El desconocimiento de la Capacidad de Respuesta claramente no permitirá lograr mejorar la calidad de los Traslados, por la causa lógica que se debe conocer las capacidades de producción de servicios, de acuerdo con los consumos de insumos y recursos, para la entrega de los servicios prehospitalarios del SAMU. Una vez conocidos los estándares que se deben asegurar en la institución, se pueden realizar mediciones de calidad en cuanto a las intervenciones realizadas por la institución.	
Causa	Efecto
Mejorar la capacidad de Respuesta	Aumentar las intervenciones y Traslados
Explicación	
La Mejora en la capacidad de respuesta, debe demostrar o justificar la necesidad de aumentar las Intervenciones y los Traslados en la RED, no solo por la existencia de una demanda insatisfecha por los otros centros asistenciales, si no también, por la mejor respuesta que puede generar el SAMU, con un uso más optimizado de sus recursos, generando Beneficios Sociales más competitivos para la inversión.	
Causa	Efecto
Mejorar calidad de las Intervenciones	Entregar atenciones de Excelencia
Explicación	
Actualmente, el traslado se hace en condiciones que permite llevar al paciente de forma estable, pero no son las mejores que se ofrecen en la industria, generando problemas al momento querer ser una institución referente por su atención de excelencia. La mirada anticipada del paciente que se encontrara el equipo, con el apoyo tecnológico, las capacitaciones y la ambulancia adecuada, pueden cambiar radicalmente el desenlace de una atención, generando niveles de excelencia que destaquen en la red asistencial.	

Causa	Efecto
Mejorar calidad de las Intervenciones	Generar confianza en el Servicio Prehospitalario
Explicación	
Aumentar la respuesta en la región significaría tener mayor cantidad de recursos dispuestos de forma que puedan generar menores tiempos de espera y responder a la demanda insatisfecha. En el presente, la demanda insatisfecha en cuanto a traslados es aproximadamente el 20% del total de llamadas validas que debieron ser un traslado, solo por falta de recursos o los recursos llegan muy tardes por que se debía desocupar una ambulancia. En el punto de las llamadas, actualmente el 15% de las llamadas no son respondidas por falta de manejo del recurso personal para tener mayor cantidad en horarios punta y menor cantidad en horarios valle.	
Causa	Efecto
Mejorar orientaciones telefónicas ante una emergencia	Entregar atenciones de Excelencia
Explicación	
La orientación telefónica también es una atención, la cual debe ser medida bajo niveles estandarizados de servicio, que marquen la calidad con que debe ser brindada a la ciudadanía, en el caso de ser esta la única interacción con la ciudadanía. La imagen que se debe construir del SAMU Metropolitano debe ser orientada ante la Excelencia en atención sanitaria pública.	
Causa	Efecto
Mejorar orientaciones telefónicas ante una emergencia	Generar confianza en el Servicio Prehospitalario
Explicación	
En estos momentos, el real impacto del sistema prehospitalario no se conoce por la falta de levantamiento de datos y análisis de los poco que existen, para generar las mejoras que generen confianza en la población. Es de carácter crítico conocer realmente el impacto de sistema, para posicionarse como una institución clave dentro de la Red Asistencial, jugando un rol activo y reconocible, para que sus acciones generen confianza en la población.	
Causa	Efecto
Aumentar las Intervenciones y traslados	Entregar Atenciones de Excelencia
Explicación	
El aumento de las Intervenciones y traslados se debe como efecto de procesos ya definidos, vinculados a estandarizaciones y mejoras en perfiles y capacidades del SAMU Metropolitano, que apoyarán que se genere la entrega de atenciones de excelencia en todos los servicios entregados, pensando en el cumplimiento de las normativas pensadas y elaboradas para el cumplimiento del nivel de servicio.	
Causa	Efecto
Aumentar las intervenciones y traslados	Asegurar acceso a toda la comunidad
Explicación	
La optimización de los tiempos de respuesta son la base para que las personas al realizar una llamada al 131, la realicen con plena confianza de que los equipos llegarán en el tiempo que perciben prudentes o reciben la orientación necesaria. En estos momentos con tiempos no óptimos y con una demanda insatisfecha tantos en la orientación como en el envío de ambulancias, no existe confianza.	
Si la gestión de los recursos generara controles de tiempo pensados en la reducción de estos y en mover los recursos de formas más estratégicas, se pueden construir las bases para empezar a generar una respuesta a la población que deje como fruto, la confianza en la institución.	
Se espera que planes de inversión, reconfiguración de la ubicación de las bases y ubicación de sus recursos y cambios en el sistema de la dotación de operadores, puedan cambiar la cobertura para la entrega de sus tres servicios principales, la orientación telefónica, el traslado primario y secundario.	

Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar, que para que el desarrollo de este diccionario, se realizaron dos niveles, los objetivos que vienen de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento que llegan a un proceso interno, y posteriormente de los procesos internos que se relacionan con la perspectiva del Paciente.

El Mapa Estratégico que se presenta, se encuentra alineado con todos los capítulos anteriores y el espíritu de entregar una propuesta que permita al SAMU Metropolitano su implementación y conseguir cumplir con la Visión en el plazo establecido.

5.3 Cuadro de Mando Integral para el SAMU Metropolitano

En el Proyecto se confeccionará una propuesta de Cuadro de Mando Integral (CMI) o *Balance Scorecard*, desarrollado para el SAMU Metropolitano, que busca traducir la estrategia propuesta en capítulos anteriores, tomando la Misión desarrollada en el Proyecto, transformándolas en un conjunto de objetivos estratégicos con una estructura de Sistema de Control de Gestión, con el detalle de sus Indicadores de gestión, *KPIs*, que apoyan el control de la ejecución de las acciones que conducirán a todos los miembros para la persecución del cumplimiento la Visión propuesta en este Proyecto.

Siguiendo los lineamientos de Kaplan y Norton (1996, 2008), debe existir un equilibrio entre las perspectivas del CMI, en especial en el SAMU Metropolitano, en donde se deben entender sus limitantes y su modelo de negocio, en donde cada objetivo no corre por sí solo, sino está estrechamente vinculado con los otros, al igual que la Cadena de Valor, en donde se demostró que, si todas las actividades trabajaran bien, existiría mejores posibilidades de éxito de la planeación estratégica.

El Cuadro de Mando Integral debe ser un fiel reflejo de cómo la estructura del SAMU Metropolitano persigue su estrategia, siendo aún más relevante como afecta a la UEN, mientras que las otras unidades de la Institución deben alinear sus esfuerzos a los procesos claves para apoyar a cumplir los objetivos estratégicos que afectarán al SAMU en general.

La importancia de entender que el éxito de una institución de salud pública no está solo basado en la ejecución financiera, sino también medir cuan eficiente y eficaz fue la mirada de este desarrollo, para conseguir una gestión que destaque sobre las demás.

Desde el punto de vista público, el CMI propuesto se mostrará separado en diferentes tablas. La tabla N°78 para la perspectiva de Usuario, tabla N°79 para la perspectiva de Procesos Internos, tabla N°80 para la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento y tabla N°81 para la perspectiva Financiera.

Tabla 78: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Usuario.

PERSPECTIVA DEL USUARIO						
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica	
Entregar atenciones de Excelencia	1. Servicios prehospitalarios de acuerdo con protocolo certificados. <i>Nota: gestiones telefónicas, intervenciones y traslados, Cumple o No Cumple.</i>	(N° de Servicios evaluados con evaluación cumple/ Total de servicios prehospitalarios evaluados)	≥ 90%	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio. (IV) Plan de Benchmarking	
	2. Índice de Satisfacción usuaria. <i>Nota: Los Usuarios que fueron atendidos, son encuestados para medir que tan satisfechos están con el servicio entregado en la Gestión telefónica e Intervenciones (Traslados Primario y Secundario). escala de 1 a 5, donde 5 es nivel de muy satisfecho y 1 es nivel de muy insatisfecho.</i>	(Pacientes atendidos que evaluaron el servicio con nota 4 o superior/ Total de Pacientes encuestados) *100	≥ 75%			
Generar confianza en el Servicio Prehospitalario	3. Imagen de Confianza en Usuarios <i>Nota: Se busca medir el posicionamiento de la imagen y la confianza en el SAMU Metropolitano y como se ve en comparación de otros actores de las Urgencias. Medición con metodología "Top of mind".</i>	Encuesta a ciudadanos de la Región, sin relacionar si fueron o no atendidos por el SAMU Metropolitano, consultando a que instituciones llamarían en caso de Urgencias o Emergencias.	2° lugar o superior			(III) Plan de Posicionamiento Institucional (IV) Plan de Benchmarking
	4. Nivel de reclamos por atenciones SAMU <i>Nota: gestiones telefónicas, intervenciones y traslados.</i>	(N° de reclamos / total de solicitudes telefónicas) *100	≥ 5%			
Asegurar acceso a toda la comunidad	5. Llamadas perdidas mensuales.	(Total de llamadas perdidas / Total de llamadas que ringaron) *100	≤ 5%		(I) Plan de control de Calidad del Servicio.	
	6. Porcentaje de solicitudes al 131 que se debió enviar ambulancia.	(N° de solicitudes que se debió enviar ambulancia posevaluación Médica / total de solicitudes sin envío de ambulancias) *100	≤ 30%		(I) Plan de control de Calidad del Servicio.	
	7. Tiempo promedio de respuesta a comunas sin BASE SAMU	∑ (Tiempos de respuesta a comunas sin base SAMU) / Total de despacho de móvil a comunas sin base SAMU	≤ 30 min		(VI) Plan de Control de Tiempos.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 79: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Procesos Internos

PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Mejorar orientación telefónica ante una emergencia	8. Porcentaje de <i>Triage</i> concordantes entre la Regulación y sistema TIC.	(Total de evaluaciones de concordancia en la realización del <i>Triage</i> /Total de <i>Triage</i>) *100	≥ 70%	Semestral	(V) Plan de medición de los niveles de concordancia de Prediagnóstico y Resultado
	9. Porcentaje de prediagnósticos concordantes entre la Regulación e Intervención.	(Total de evaluaciones de concordancia entre Prediagnósticos /Total de Prediagnósticos) *101			
Mejorar calidad de las Intervenciones	10. Evaluación Médica en los resultados de las intervenciones.	(Total de evaluaciones con resultados Médicos esperados / Total muestras evaluadas) *100	≥ 70%		(I) Plan de control de Calidad del Servicio.
	11. Porcentaje de controles de calidad en la atención de las intervenciones. <i>Nota: Evaluación de 1 a 5, 5 nivel óptimo; 1 nivel inadecuado.</i>	(N° de controles de calidad con nota 4 o superior/ Total de controles de calidad realizados) *100	≥ 90%		
Aumentar las Intervenciones y Traslados en la RED	12. Porcentaje de Intervenciones SAMU sobre las atenciones de Urgencia de la Red Asistencial.	(Total de intervenciones SAMU realizadas / Registros DEIS Minsal atenciones de urgencia de la región) *100	≥ 10%		(IV) Plan de Benchmarking
Mejorar la Capacidad de Respuesta	13. Aumento de Gestión telefónica sobre la demanda de llamadas.	(N° de Gestiones Telefónicas / Total de llamadas entrantes al 131)	≥ 98%		(I) Plan de control de Calidad del Servicio.
	14. Disminución en las retenciones en Urgencia de equipos de intervención.	(N° de Retenciones gestionadas y solucionadas / Total de retenciones en la Red asistencial) *100	≥ 50%		(VI) Plan de Control de Tiempos.
Optimizar Proceso de atención de solicitud	15. Tiempo promedio de espera de llamadas.	∑ (Tiempos de espera en llamadas Telefónicas) /total de llamadas telefónicas con tiempo de espera	≤ 5 seg		(VI) Plan de Control de Tiempos.
	16. Tiempo promedio de clasificación de solicitud	∑ (Tiempos de clasificación de solicitud) /total de solicitudes clasificadas	≤ 60 seg		
	17. Porcentaje de controles de calidad en la Gestión Telefónica. <i>Nota: Evaluación de 1 a 5, 5 nivel óptimo; 1 nivel inadecuado.</i>	(Número de controles de calidad con notas 4 o superior/ Total de controles de calidad en la atención de solicitantes en llamadas telefónicas) *100	≥ 90%		(I) Plan de control de Calidad del Servicio.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 80: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Aprendizaje y Crecimiento

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Mejorar el estándar en el perfil de los funcionarios	18. Capital Humano con niveles de perfil de cargo. <i>Nota: Evaluación de 1 a 7, 7 nivel óptimo; 1 nivel inadecuado.</i>	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con capacitaciones de acuerdo con perfil con evaluación sobre } 6 / N^{\circ} \text{ total de funcionarios SAMU}) * 100$	$\geq 85\%$	Anual	(II) Plan de Reclutamiento y Capacitación continua.
	19. Nivel de reclutamiento de acuerdo con Perfil de Cargo. <i>Nota: Evaluación de 1 a 7, 7 nivel óptimo; 1 nivel inadecuado.</i>	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios nuevos con evaluación sobre } 6 / N^{\circ} \text{ total de funcionarios nuevos}) * 100$	100%		
Optimizar uso de herramientas de TIC	20. Porcentaje de procesos asistenciales soportados con herramientas TIC.	$(N^{\circ} \text{ Procesos soportados por herramientas TIC} / \text{Total de procesos SAMU Metropolitano}) * 100$	$\geq 30\%$		(VII) Plan de Integración Digital y Modernización.
	21. Porcentaje de procesos optimizados con la incorporación o reemplazo de herramientas TIC.	$(\text{Total de procesos optimizados o reemplazados} / \text{Total procesos soportados con herramientas TIC}) * 100$	$\geq 10\%$		
Asegurar Óptimos de Capacidad Operativa	22. Tiempo promedio de adquisición de Recursos Claves. <i>Nota: Desde la solicitud hasta su disponibilidad en bodega.</i>	$\sum (\text{Tiempo de compras de insumos críticos}) / \text{total de compras de insumos críticos en bodega}$	$\geq 4 \text{ días}$	Semestral	(VI) Plan de Control de Tiempos.
	23. Nivel de conformación de turno.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que conforman el turno} / \text{Total de funcionarios programados por Turno}) * 100$	$\geq 95\%$		(I) Plan de control de Calidad del servicio.
	24. Tiempo promedio de reclutamiento de Capital Humano Asistencial Crítico. <i>Nota: Desde la solicitud por la Unidades correspondientes</i>	$(\text{Tiempo total de reclutamiento} / \text{total de reclutamientos realizados})$	$\geq 6 \text{ días}$		(II) Plan de Reclutamiento y Capacitación continua.
	25. Porcentaje de quiebres de Servicio por falta de Recursos Claves. <i>Nota: equipo o accesorio indispensable para la operatividad.</i>	$(N^{\circ} \text{ de Quiebres de Servicio por Recursos Claves} / \text{Total de Quiebres de Servicio}) * 100$	$\leq 10\%$		(VIII) Diseñar metodología de control de Inventario.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la mirada de Kaplan y Norton (1996) la perspectiva financiera para las Instituciones públicas, como el SAMU Metropolitano, es una limitación, que no genera objetivos, debido a que se debe ejecutar presupuesto. Esto sumado a un modelo de Centro Asistencial no Autogestionado, hace que el foco del CMI sea en la dirección de manejo adecuado del presupuesto y la recuperación por conceptos de licencias Médicas.

Tabla 81: Cuadro de Mando Integral propuesto, perspectiva Financiera

PERSPECTIVA FINANCIERA					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Uso eficiente del presupuesto	26. Porcentaje de desviación en la ejecución del presupuesto para asegurar operatividad	$((\text{Presupuesto ejecutado} - \text{Presupuesto estimado}) / \text{Presupuesto estimado}) * 100$	$\leq 10\%$	Trimestral	-
	27. Tasa de Recuperación de fondos de licencias médicas	$\text{Monto de licencias médicas recuperado} / \text{Monto de licencia médicas pagadas}$	$\geq 80\%$		-

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente punto, se explican cada una de las iniciativas para el CMI, las cuales permitirán que se logre generar las metodologías que incorporarán los objetivos estratégicos en los desarrollos e implementación de los *KPI* en la UEN.

5.4 Descripción de las iniciativas estratégicas

Las iniciativas estratégicas definidas en el Cuadro de Mando Integral, presentado en el punto anterior, describen los planes de acción necesarios para perseguir el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la visión, que se desarrollaron en este Proyecto, con una mirada a largo plazo.

Junto con la mirada de Kaplan y Norton (1996), se puede apreciar que las iniciativas deben ser racionales, por lo cual, muchas pueden no responder inmediatamente a conseguir la meta establecida en el Cuadro de Mando Integral, pero deben ir apalancando el proceso que permitirá llegar al cumplimiento de los objetivos.

Estas iniciativas estratégicas, deben ser pensadas como una cultura para visualizar el desarrollo futuro del SAMU Metropolitano, porque apuntan a la incorporación de actitudes y metodologías muy necesarias de integrar en los procesos interno, para generar la medición real del desempeño prehospitalario institucional.

I. Plan de control de calidad del servicio

Esta iniciativa está basada en generar un sistema de mejora continua que permita implementar metodologías de perfeccionamiento en cada uno de los procesos y los subprocesos estableciendo niveles actuales y esperados, para la optimización

y mejora de ellos, el uso de los recursos y perseguir el cumplimiento de los objetivos.

Una de las grandes deficiencias del SAMU es la inexistencia de sistemas de control de calidad que aseguren estándares claros y definidos en sus niveles de servicio, por lo cual esta actividad rutinaria y regular en otras instituciones, no tiene precedentes formales. Estos estándares de atención a los usuarios (requerentes y pacientes), usando metodologías ex ante como programa de capacitaciones con evaluaciones periódicas sobre simulación de aplicación de metodologías, como monitoreo y ex post con evaluación de cumplimientos de los protocolos en muestras de atenciones, ya sea con escucha activa o evaluación en terreno o como el análisis clínico de casos específicos, desarrollado por profesionales guías.

Por otro lado, la certificación de los protocolos fortalece que los estándares institucionales estén bajo metodologías nacionales e internacionales, alineando a que tanto las actividades principales como las de apoyo, cumplan con mínimos exigidos, que apoye en la mejora del desarrollo del SAMU Metropolitano, abandonando la mirada autorreferente e implementando una visión basada en referentes ya validados.

II. Plan de Reclutamiento y Capacitación continua.

Esta Iniciativa busca el desarrollo de perfiles de cargo para que se encuentren actualizados de acuerdo con los objetivos que persigue la Institución. Al no estarlo, el proceso de reclutamiento y selección no tiene la posibilidad de encontrar al capital humano idóneo para los cargos, afectando a la eficiencia y cumplimiento de la estrategia y afectando a la principal fortaleza del SAMU Metropolitano.

La no existencia de perfiles de cargo tiene como efecto principal que las responsabilidades se diluyen, se delegan fácilmente y al final nadie es responsable de decidir, actuar y responder ante una acción. Por otro lado, no se definen las competencias y habilidades mínimas que siguen asegurando la excelencia de los funcionarios.

Por otro lado, sin perfiles de cargo, es imposible decretar cuáles son las brechas en cuanto a capacitación que necesita el personal, en todos los ámbitos tanto de conocimientos técnicos, habilidades blandas y estándares mundiales, por lo cual el alineamiento desde el ingreso y los que ya son parte de las filas institucionales.

La definición de este plan de Capacitación también pone en evidencia la necesidad de la definición del recurso humano crítico para la Institución, manejando tiempos distintos, para los puestos de trabajo que afectan como Recurso Clave de la Institución y su capacidad de respuesta.

III. Plan de posicionamiento Institucional

Esta iniciativa busca la incorporación de la metodología de las encuestas telefónicas y la metodología de posicionamiento en la mente de las personas o "*Top of Mind*", basados en la mirada de Kotler y Keller (2012), para conocer la percepción que tiene la ciudadanía con respecto a los servicios Prehospitalarios.

Primero, es fundamental lograr conocer la experiencia de personas que fueron atendidas por el SAMU Metropolitano, para generar retroalimentación de los pacientes finales y usuarios potenciales.

Segundo, es importante construir en qué lugar de la mente de las personas de la Región Metropolitana se encuentra el SAMU Metropolitano con respecto a las Urgencias o Emergencias que podrían sufrir, detectando si la Institución está posicionada y logra diferenciarse de los demás actores de la Red Asistencia.

Es importante poder indagar en que aspectos la ciudadanía considera fundamentales con respecto a una atención de excelencia y la confianza, determinando cuáles son los estándares esperados por los usuarios y cuáles son los cursos de acción, ya sea para mejorar el sistema interno o para informar y educar a la ciudadanía como es el sistema.

IV. Plan de Benchmarking

Esta iniciativa busca la incorporación de esta metodología básica en la mejora continua, observando que se hace no solo en organizaciones de la misma industria, sino también en otras industrias relacionadas que han respondido a problemas de naturaleza similar, pero con focos distintos, entregando a la Institución un valor de innovación.

El SAMU Metropolitano no tiene establecidas acciones de Benchmarking que analicen formalmente el entorno, con conclusiones de acciones a aplicar para la mejora del sistema en su totalidad o en partes específicas. Es necesario implementar este tipo de estudios, para una mejora real del sistema interno, que deje precedentes del camino recorrido, conocimiento adquirido con parámetros que muestren el punto inicial y sus avances.

A la vez, el uso de parámetros internacionales que validen el actuar de los procesos del SAMU, apoyará que la Visión propuesta en este proyecto, pueda ser medida con estándares manejados y conocidos tanto a nivel nacional como internacional.

V. Plan de medición de los niveles de concordancia de Prediagnóstico y Resultado

Esta iniciativa está basada en analizar cómo se está Modelando la demanda, en donde diariamente se realiza la categorización o *triage* y como los criterios clínicos son capaces de reconocer la urgencia o emergencia oculta en cada solicitud al 131. El plan consiste en generar y reformular el proceso, pensando en que debe ser evaluable, para encontrar las principales deficiencias en la detección y categorización de una Urgencia y Emergencia.

La categorización clara y establecida permite clasificar de forma rápida cada una de las solicitudes, eliminando las asimetrías de criterios de los diferentes profesionales de turno y unificando y corrigiendo en el tiempo. Es fundamental la incorporación de metodologías como árboles de decisiones o *scored*, con una visión clínica que apoye todas las acciones, en la regulación o en la aplicación de un *triage*.

En concordancia con la iniciativa siguiente se vuelve fundamental al generar y afinar las herramientas que se utilizan, para poder establecer qué tipo de urgencia o emergencia está describiendo el usuario. Hoy en día, se puede establecer que se debe diferenciar y tratar de forma muy diferente la llamada realizada por un adulto a la llamada realizada por un menor de edad, que muchas veces es confundida con una llamada falsa o *pitanza*. Es aquí donde la concordancia de la categorización de esa llamada es fundamental, porque puede ser que un niño de seis años, con sus escasos conocimientos, este presenciando una escena de alta complejidad, que no logra describir.

Esta acción presenta un tipo de diseño TIC que permite generar los resultados para los sistemas de mejora continua, tanto para afinar las herramientas utilizadas, el sistema de categorización para la predicción del escenario y corregir el error humano, que puede desencadenar en múltiples fallas del sistema.

La evaluación ex post entre la constitución de escena en el centro regulador y la real escena encontrada por el equipo de intervención, permite diagnosticar la

efectividad que tienen las herramientas utilizadas, como se puede mejorar para esquematizar la realidad lo más cercana posible.

VI. Plan de control de tiempos

Esta iniciativa busca generar el estudio de tiempo para optimizar el uso de los recursos y a su vez aumentar la disponibilidad de estos mismo, para ser nuevamente utilizados en una nueva respuesta en la región, aumentando la capacidad de atenciones y acercando a la Institución a los óptimos de traslados analizados en capítulos anteriores.

El control de tiempos no debe ser tomado como una medida para la producción en serie, pero si para analizar problemas fundamentales en la capacidad de respuesta, la imagen de la Institución de acuerdo con el manejo de las expectativas de los usuarios y otros puntos.

Aunque existen sistemas de GPS, el nivel de registros de tiempos es de mala calidad, los GPS no son incorporados y la baja implementación y desarrollo de *software* en los datos, hace que sea incluso muy difícil determinar tiempos óptimos, generando incertidumbre en los tiempos de respuesta y de otras actividades realizadas por los diferentes equipos.

La gestión de tiempos no es solo para la generación de las respuestas asistenciales del SAMU, Gestión telefónica, Traslados Primarios y Secundarios, sino también gestionar las actividades integradas con la Red Asistencial, que retienen los recursos al no recibir a los pacientes, dejando a los equipos en largas jornadas de esperas que afectan a la experiencia de los Usuarios y la capacidad de respuesta.

La importancia de esta iniciativa es que actualmente no se realizan mediciones de tiempos, con parámetros y metodologías, por consiguiente, no existe una gestión real de cuan eficiente es la institución en la realización de sus tres actividades principales y como las actividades de apoyo de la cadena de valor afectan en sus desempeños.

VII. Plan de integración digital y modernización

Esta iniciativa busca generar la integración entre las unidades que soportan algunas de sus actividades con el uso de herramientas TIC, que permitan la fluidez de la información asistencial y administrativa, para la toma responsable

de decisiones al momento de administrar los recursos asistenciales dentro de las actividades principales.

Actualmente, el nivel de incorporación de herramientas TIC es de baja complejidad, limitándose al correo electrónico, planillas digitales compartidas y pequeños intentos por hacer más fácil y rápido el trabajo diario.

La incorporación de herramientas existentes en otros países, como los softwares de manejo de la ficha clínica, predicción del diagnóstico del paciente, administración de bases de datos o manejo de inventario online, son herramientas utilizadas, que aportarán a la gestión diaria, no solo asistencial, sino a toda la Cadena de Valor.

Hoy en día, existe falta de herramientas TIC tanto entre las unidades de Regulación e Intervención y con las unidades que soportan las Actividades de Apoyo de la Cadena de Valor, siendo ineficientes en el trabajo conjunto.

La mejora incluso de las herramientas implementadas actualmente es necesaria y fundamental para la excelencia institucional.

VIII. Diseñar metodología de Plan de control de Inventario

Esta iniciativa busca mejorar la gestión de inventarios para asegurar la disposición de los recursos críticos para optimizar el uso de los activos financieros de la Institución, para satisfacer las necesidades operativas diarias. La gestión de inventarios se centra en conocer cuáles son las claves para ser eficaces a la hora de gestionar de forma eficiente los recursos, como mantener un stock óptimo y reducir los costos de almacenamiento, las mermas y cumplir con el nivel de servicio deseado para la operatividad del SAMU Metropolitano.

El manejo de inventario apunta a todos los recursos críticos de la institución, desde programaciones de compra de acuerdo con las complejidades que tienen cada uno, el trabajo con proveedores, la programación de presupuestos y el dimensionamiento de las prestaciones diarias de la institución, tomando en cuenta los Stock de Emergencia, ante eventos adversos internos como externo.

Es por ello, que el SAMU Metropolitano, solo podrá cumplir con el uso eficiente de los recursos financieros, si logra dimensionar de forma cada vez más precisa, el manejo de un inventario de recursos claves, en conjunto con las otras iniciativas que ayudan a facilitar obtener información y estándares en la atención.

De acuerdo con las iniciativas presentadas, se busca incorporar estándares para la medición, como las metodologías de control de calidad del servicio, los niveles de concordancia entre las categorizaciones y diagnósticos realizados con el uso de herramientas TIC o la incorporación del *Benchmarking* dentro de una institución pública, que busca ser un referente en su industria.

5.5 Diseño del sistema de Medición de Desempeño

El proyecto a la vez debe generar las bajadas de los objetivos estratégicos de la Institución para lograr alineamientos de la UEN y sus objetivos, para generar la sinergia necesaria con la persecución del cumplimiento conjunto de toda la organización.

Como pilar fundamental de este proceso propio del SCG, el desdoblamiento que se debe realizar persigue el desarrollo de tableros de control que posibilitan direccionar los esfuerzos de estas unidades e influenciar a los miembros del SAMU Metropolitano a comprometerse con los objetivos Estratégicos desarrollados y establecidos en este Proyecto, ante la ausencia formal en la institución y la necesidad de la metodología aplicada.

El SAMU Metropolitano cuenta con una sola unidad Estratégica de Negocio, que es lo que ejecuta todos los servicios que entrega la Institución. Esta unidad, el departamento de gestión Clínica, se encuentra contenida en la Subdirección Médica y a la vez divide en dos unidades, Regulación e Intervención, contando con casi el 85% del total de los funcionarios.

Por límites de este Proyecto, es importante entender que ambas unidades, aunque son las que generan el servicio Prehospitalario, no son las únicas responsables en lograr los objetivos estratégicos planteados se cumplan, pero los tableros se centran en fortalecer el desarrollo y bajada de las herramientas diseñadas en este Sistema de Control de Gestión.

5.6 Proceso en cascada

En sentido del proceso de cascada, es el desdoblamiento del mapa estratégico hacia unidades importantes presentes en la Unidad Estratégica de Negocio, como se señala en el SAMU Metropolitano.

La estrategia corporativa describe cómo se propone crear la empresa más valor a partir de su conjunto de unidades de negocios, en lugar de que las unidades funcionen de manera independiente con su propio capital y estructura de gobernanza. (Kaplan y Norton, 2008, p 161)

La esencia del proceso de cascada el bajar los objetivos estratégicos de toda la institución para lograr que todas las unidades centren sus esfuerzos alineados con la estrategia unifica los esfuerzos.

Figura 21: Cadena de Mando Gestión Clínica



Fuente: Elaboración propia

Se debe tener en cuenta que la Unidad estratégica de Negocio del SAMU Metropolitano es toda la Institución, por estar todo la Cadena de Valor involucrada en los procesos centrales; por consiguiente, el desdoblamiento realizado será para las dos unidades que actúan en la entrega de los servicios, para lograr la ejecución de las atenciones prehospitalarias.

Pero existe una naturaleza propia de la UEN, y consiste en que Gestión Clínica formada por sus dos unidades, Regulación e Intervención, trabajan bajo un formato de Cadena de Mando, en donde se producen los tres servicios Prehospitalarios de la Institución, como se señaló en los capítulos anteriores y como se esquematizó en las figuras del capítulo 2 “Contexto Institucional”. Pero para apoyar el proceso de cascada, en la figura N°21, se sintetiza la cadena de mando, mostrando que la Unidad de Regulación, modera las Urgencias y

Gestiona las solicitudes, categorizándolas de acuerdo con la aplicación de *Triage*, en donde las Emergencias pasan a la Intervención, de acuerdo con su criticidad para los Traslados y las que no son Emergencias, quedan dentro de la Gestión Telefónica, donde se da una respuesta acorde a la Urgencia.

La Cadena de Mando del SAMU Metropolitano, modificará el diseño de los tableros de gestión, donde el termino de uno de los objetivos del Tablero de la Unidad de Regulación, será el Inicio de los procesos Internos de la Unidad de Intervención, para que ambos tableros puedan generar un alineamiento con el Mapa Estratégico, bajando ambas, los objetivos estratégicos.

Tabla 82: Resumen de Mapa Estratégico, Estrategia y Propuesta de Valor

MAPA ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	PROPUESTA DE VALOR
Perspectiva del Usuario	Objetivos Estratégicos	Atributos de la Propuesta de Valor
Entregar atenciones de excelencia.	1.- Entregar respuesta oportuna a la ciudadanía. 2.- Mejorar y fortalecer la accesibilidad de la ciudadanía. 3.- Entregar atenciones prehospitalarias de excelencia.	<ul style="list-style-type: none"> · La Respuesta Oportuna a las solicitudes. · Cobertura en toda la Región Metropolitana. · Atención Profesional y Experta.
Generar confianza en el servicio prehospitalario.		
Asegurar acceso a toda la comunidad.		
Perspectiva de procesos internos	1.- Entregar respuesta oportuna a la ciudadanía. 2.- Mejorar y fortalecer la accesibilidad de la ciudadanía. 3.- Entregar atenciones prehospitalarias de excelencia.	
Optimizar proceso de gestión de solicitud.		
Mejorar la Capacidad de Respuesta		
Mejorar orientación telefónica ante una emergencia.		
Aumentar las Intervenciones y Traslados en la Red.		
Mejorar calidad de las Intervenciones.	4.- Fortalecer el uso de las Tecnologías. 5.- Generar equipos de excelencia. 6.- Mejorar el uso de los recursos Institucionales.	
Perspectiva de aprendizaje y crecimiento		
Mejorar el estándar en el perfil de los funcionarios.		
Optimizar uso de herramientas de TIC.		
Asegurar óptimos de capacidad operativa.	6.- Mejorar el uso de los recursos Institucionales.	
Perspectiva Financiera		
Uso eficiente del presupuesto.		

Fuente: *Elaboración propia*

Esta forma de desarrollar los Tableros de Gestión responderá de mejor manera a la Cadena de Valor y la Cadena de Mando de la UEN, pero a la vez se mantendrá alienada con el Mapa Estratégico y el Organigrama Institucional. Para eso la tabla N°82, resume los puntos más fuertes desarrollados en el proyecto, para generar los tableros de gestión y control de la unidad de regulación e intervención.

La Unidad de Regulación, formado por el Centro Regulador, como se explicó en el capítulo de la UEN, es el que recibe las llamadas, clasifica y gestiona los recursos para enviar las ambulancias dependiendo de la necesidad o entregar la orientación telefónica necesaria. Es por eso, que este Tablero de Gestión en la Figura N°23, tomará el objetivo estratégico en la perspectiva de procesos internos **“Mejorar Orientación telefónica ante una emergencia”** para generar un ancla

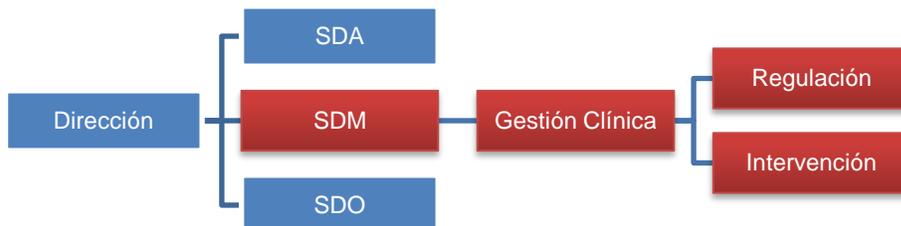
que alinea con el Mapa Estratégico desarrollado en el Proyecto, pero de una manera en que la unidad pueda lograr un aporte al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados para el Usuario.

La Unidad de Intervención o Intervención, es el equipo que está distribuido por toda la región, como se explicó en el capítulo de la UEN, y son los encargados de realizar los traslados y las intervenciones del SAMU. A diferencia del Tablero de Gestión de Regulación, por el proceso mostrado en los capítulos anteriores, existe una concordancia entre objetivos, en donde la gestión de Regulación es el inicio de los objetivos de perspectiva de procesos internos y para complementar con objetivos que irán apoyando el proceso asistencial presencial hasta generar un alineamiento con las perspectivas de Usuario entre los dos tableros.

5.6.1 Tableros de gestión y control UEN

En este punto, se proponen dos tableros de Gestión y Control para las unidades de Gestión Clínica, el primero para el Unidad de Regulación, por ser la unidad iniciadora del sistema prehospitalario, siendo fundamental que el alineamiento necesario del SAMU empiece ahí y el segundo para el Unidad de Intervención, que es la unidad que realiza los traslados y atenciones en el lugar del evento.

Figura 22: Reducción de Organigrama para UEN y tableros de gestión



Fuente Elaboración Propia

Para lograr realizar el proceso de desdoblamiento de la Estrategia a los diferentes niveles de la Institución hasta incorporarla a los UEN y sus operaciones diarias, se necesita construir el Mapa Estratégico cerca de temas estratégicos, de acuerdo con la visión de Kaplan y Norton (2008), es por eso, que los tableros de gestión se alinean con el Mapa Estratégico en las tres perspectivas desarrolladas.

El proyecto genera la bajada del Mapa Estratégico en los tableros de gestión de las unidades de Regulación e Intervención tomando en cuenta los Objetivos ya desarrollados, pero generando un alineamiento con el trabajo diario del centro regulador, como se señala en la tabla N° 83.

Desde la “**Perspectiva del Usuario**”, el tablero para Regulación debe generar siempre entregar dos respuestas, primero la de las urgencias, que como muestra la figura N°21, es la que genera las Gestiones Telefónicas, que no despacharán equipos de intervenciones y segundo, Gestionar las emergencias, que son las que detonan las salidas de ambulancias, pensando que los atributos se deben cumplir, pero a la vez, tomar los objetivos del Mapa Estratégico y hacerse responsable de las atenciones de excelencia, la confianza en el servicio que siempre se dará una respuesta y aportar a la cobertura de la comunidad, desde la Unidad de la Regulación.

De acuerdo a la “**Perspectiva de Procesos Internos**”, los tres objetivos se centran en mejorar la orientación de la Urgencia, que es la base de todas las solicitudes al 131, un conjunto mayor a las emergencias, que necesitan el despacho de ambulancia, eso perfeccionará el manejo de cada solicitud, Optimizar los tiempos de las llamadas, trabajando en el proceso y el tiempo eficiencia de este y apoyar a la generación de prediagnósticos, centrándose en la recolección del conjunto mínimo de datos que permite tomar decisiones asistenciales. Con esto se apoya a cumplir con los objetivos del Mapa Estratégico del SAMU Metropolitano, como lo señala la tabla N°83.

Tabla 83: Desarrollo de los Tableros de Gestión

MAPA ESTRATÉGICO	TABLERO DE GESTIÓN U. REGULACIÓN	TABLERO DE GESTIÓN U. INTERVENCIÓN
Perspectiva del Usuario		
1. Entregar atenciones de excelencia. 2. Generar confianza en el servicio prehospitalario. 3. Asegurar acceso a toda la comunidad.	I. Generar respuesta a las urgencias Telefónicas II. Gestionar respuesta a las emergencias telefónicas	I. Generar seguridad en el lugar de la Emergencia II. Asegurar entrega de atenciones a toda la Comunidad
Perspectiva de Procesos Internos		
4. Optimizar proceso de gestión de solicitud. 5. Mejorar la Capacidad de Respuesta 6. Mejorar orientación telefónica ante una emergencia. 7. Aumentar las Intervenciones y Traslados en la Red. 8. Mejorar calidad de las Intervenciones.	III. Mejorar orientación Telefónica ante una Urgencia IV. Optimizar los tiempos en las llamadas V. Apoyar la regulación en la generación de prediagnósticos	III. Mejorar Calidad de los traslados en la RED IV. Disminuir tiempos de respuesta en procesos internos V. Generar respuesta a las emergencias
Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento		
9. Mejorar el estándar en el perfil de los funcionarios. 10. Optimizar uso de herramientas de TIC. 11. Asegurar óptimos de capacidad operativa.	VI. Ejecutar capacitación para estándar de regulación VII. Uso de Herramientas de TIC para <i>Triage</i> de Urgencias	VI. Ejecutar capacitación para estándar de Intervención VII. Programar niveles óptimos de equipos de Intervención

Fuente: Elaboración propia

La “**Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento**” se centra en el fortalecimiento de la capacitación del recurso humano, tomando la fortaleza de la institución, para combatir las amenazas y debilidades institucionales, tomando en cuenta que el desarrollo de perfiles de cargo y la definición de cargos críticos, exigen el

fortalecimiento del Capital humano, en conjunto con realizar el *Triage* prehospitalario con herramientas TIC, que permitan disminuir las diferencias en la detección de Urgencias y Emergencias. De esta manera, como lo señala la tabla N°83, este tablero, desde la mirada de los procesos de esta Unidad, hace un aporte base para cimentar el cumplimiento de los Objetivos Institucionales.

Para mantener la línea de trabajo, para la unidad de Intervención, el diseño del tablero de gestión cumple con la cadena de mando, pero de alinea con el Mapa Estratégico, donde en la “**Perspectiva del Usuario**” es fundamental los equipos fortalezcan la imagen de Seguridad que el SAMU Metropolitano debe construir, porque en este punto, ellos tienen contacto presencial con las personas, siendo cada una de sus acciones observadas, siendo el apego a los protocolos fundamental en su actuar y a la vez, contar con los equipos que permiten atender a las emergencias, aseguran la excelencia y la respuesta a toda la comunidad.

Tomando en cuenta la perspectiva de “**Procesos Internos**”, es aquí donde existe el vínculo entre los dos tableros de gestión, la unidad de Regulación conecta la “**Gestionar respuesta a las emergencias telefónicas**”, asignando un traslado a la unidad de Intervención, que en su tablero lo transforma en “**Generar respuesta a las Emergencias**” haciéndose responsable de los servicios que le corresponde desarrollar. Pero para lograr esa respuesta, debe trabajar la calidad de los traslados en la RED, que hace referencia a los estándares que se deben preparar previamente antes de cada salida y en cómo se realiza la intervención y la eficiencia de los tiempos en los procesos internos, ya sea controles de inventarios de insumos, cambios de ambulancias y otros.

Para lograr la eficiencia de los procesos de la unidad de Intervención, es fundamental al igual que en Regulación, en la “**Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento**”, contar con perfiles de cargo para los funcionarios, de acuerdo a sus competencias, con estándar reconocido, que apoyen a generar procesos eficientes y captura de valor en la atención en persona, para que los esfuerzos alienados de la unidad de regulación, se van afectados y así en conjunto, la UEN pueda conseguir aportar en conseguir los Objetivos Institucionales. A su vez, como es la cara más visible en la cobertura, debe tener una mirada clara en que la capacidad de respuesta de los traslados, dependen del control de sus niveles óptimos en cuando a la conformación de equipos en el amplió sentido, es decir ambulancias, equipos e insumos y Equipo Humano.

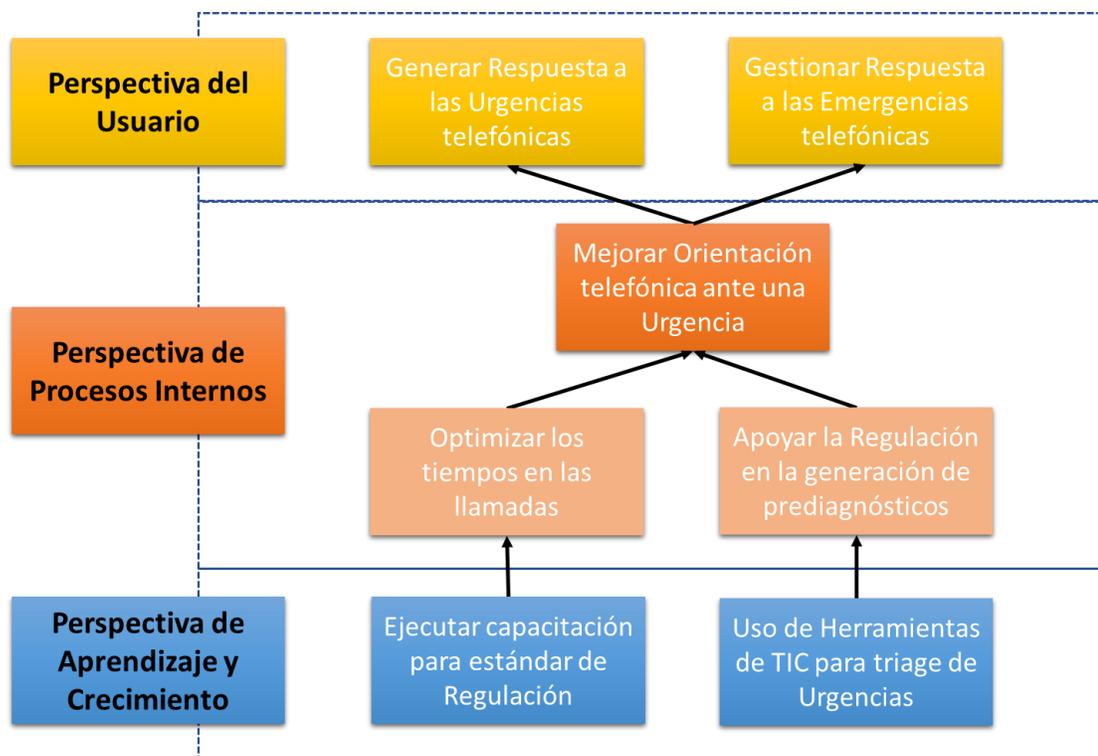
Como se señaló anteriormente, la UEN del SAMU Metropolitano, no genera ingresos propios de su actividad, por lo cual, la perspectiva financiera no es trabajada.

5.6.2 Tableros de gestión y control Unidad de Regulación

Entendiendo que la búsqueda de sinergias entre las diferentes unidades es lo que lleva a desarrollar diferentes herramientas, el tablero de gestión diseñado para el Unidad de Regulación se vincula en con el Mapa Estratégico, tomando el objetivo estratégico “Mejorar orientación telefónica ante una emergencia” ubicándolo dentro de sus procesos para buscar los subprocesos que se deben alinear para el cumplimiento de este objetivo estratégico y lograr generar respuesta a las emergencias.

Este diseño permite disminuir errores en los diagnósticos, apoyo en herramientas informáticas, optimización de tiempos y mejor uso de los recursos. En la figura N°23 se puede encontrar el Tablero de Gestión de la Unidad de Regulación.

Figura 23: Tablero de Gestión de la Unidad de Regulación



Fuente: Elaboración propia

Tabla 84: Tablero de control para la Unidad de Regulación

PERSPECTIVA DEL USUARIO					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Generar respuesta a las Urgencias telefónicas	1. Respuesta a las Urgencia Telefónicas <i>Nota: La evaluación se realiza desde un punto de vista clínico, apegado a la aplicación de herramientas para la categorización de la Urgencia.</i>	(N° de respuestas correctas a la gestión de las Urgencia / Total de clasificaciones de Urgencia) *100	≥ 80%	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio.
Gestionar respuesta a las Emergencias telefónicas	2. Detección de Emergencias Telefónicas <i>Nota: La evaluación se realiza desde un punto de vista clínico, apegado a la aplicación de herramientas para la categorización y protocolos de acción.</i>	(N° de evaluaciones con clasificación de Emergencia correcta / Total de clasificaciones de Emergencia) *100	≥ 90%		
	3. Tiempo promedio en despacho de ambulancias <i>Nota: El tiempo de despacho se considera desde el inicio de la detección de la Emergencia hasta la indicación de salida a un equipo de intervención.</i>	\sum (Tiempos de despacho) /total de despachos	≤ 120 seg		(VI) Plan de Control de Tiempos.
PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Mejorar orientación telefónica ante una Urgencia	4. Aplicación de protocolo en la gestión de las llamadas de Urgencias <i>Nota: Simulación evaluada de casos clínicos, donde se mida si el funcionario evaluado se apega al protocolo y al uso de las herramientas para el manejo de la solicitud de Urgencia. Con nota de 1 es muy mal a 5 excelente.</i>	$(\sum$ (Notas de evaluaciones)) /total de evaluaciones	≥ 4	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio.
Apoyar la regulación en la generación de Prediagnósticos	5. Tiempo promedio en detección de Patologías tiempo dependiente <i>Nota: La detección de Patologías tiempo dependientes son las que más rápido deben ser detectadas, siendo un centinela si el triage es bueno o no.</i>	$(\sum$ (Tiempos de detección de patología tiempo dependiente)) /total de patologías tiempo dependiente	≤ 30 seg		
Optimizar los tiempos de las llamadas	6. Tiempo promedio en recolección de conjunto mínimo de datos <i>Nota: El conjunto mínimo de datos es fundamental para poder realizar cualquier gestión telefónica</i>	$(\sum$ (Tiempos de recolección de conjunto mínimo de datos)) /total de llamadas validas	≤ 15 seg		(VI) Plan de Control de Tiempos.
PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Ejecutar capacitación para estándar de Regulación	7. funcionarios con excelencia en capacitaciones.	(N° de funcionarios con evaluación 5 o superior / N° total de funcionarios) *100	≥ 95%	Anual	(II) Plan de Reclutamiento y Capacitación continua.
Uso de herramientas TIC para triage de Urgencias	8. Triage realizados con categorización de Software.	(Total de triage con análisis de sistema TIC /Total de triage en regulación médica) *100	≥ 80%	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio.

Fuente: Elaboración propia

La Unidad de Regulación no genera ejecución de presupuesto como unidad independiente, al igual que la intervención. Estas unidades solicitan cantidades de insumos y son las unidades de apoyo quienes deben revisar y ejecutar los presupuestos; por consiguiente, la perspectiva financiera no es aplicable.

Aunque la programación de gastos como reemplazos y los turnos extras que generan y las horas extras son producidas por estos dos Unidades, es de responsabilidad del Departamento de Gestión de las Personas controlar y entregar los lineamientos para el correcto uso de los activos financieros en estos ítems, no son considerados para la ejecución de este tablero de control, por eso no es controlada la perspectiva financiera.

Tabla 85: Diccionario de Relaciones Tablero de gestión Unidad de Regulación

Causa	Efecto
Ejecutar capacitación para estándar de Regulación	Optimizar los tiempos en las llamadas
Explicación	
Los procesos de capacitación permiten medir la forma de trabajo de los funcionarios, basados en un perfil que identifica las habilidades y conocimientos necesarios para cada funcionario, específicamente lo que es optimizar las diferentes tareas en la gestión de una llamada de Emergencia.	
Causa	Efecto
Uso de herramientas de TIC para el <i>triage</i> de Urgencias	Apoyar la regulación en la generación de prediagnósticos
Explicación	
Uno de los principales problemas en la detección de un diagnóstico vía telefónica es poder preguntar correctamente, por eso, el uso de herramientas que ayuden al funcionario a saber que preguntar de acuerdo con los datos que se están recolectando, ayuda a la categorización (<i>triage</i>) y apoya a la certeza del diagnóstico.	
Causa	Efecto
Apoyar la regulación en la generación de diagnósticos	Mejorar Orientación telefónica ante una Urgencia
Explicación	
La mejora en la generación de prediagnóstico ataca certeramente en uno de los objetivos del CMI, basado en que el conocimiento de la solicitud permite categorizar más rápido y poder entregar la Orientación más correcta con el caso de la solicitud telefónica.	
Causa	Efecto
Optimizar los tiempos en las llamadas	Mejorar Orientación telefónica ante una Urgencia
Explicación	
La optimización de tiempos no solo permite aumentar capacidad de atención, estos fundamentados en una mejor capacidad de los funcionarios, generan orientaciones más certeras de acuerdo con el caso de la solicitud, pudiendo entregar una respuesta telefónica o gestión de despacho de ambulancia de forma rápida y efectiva.	
Causa	Efecto
Mejorar Orientación telefónica ante una Urgencia	Generar respuesta a las Urgencias telefónicas
Explicación	
Sea esta Orientación telefónica el final de la Gestión Telefónica o el acompañamiento mientras se despacha una ambulancia, siempre se debe dar una respuesta coherente y con el mayor grado de conocimiento de acuerdo con la información entregada por el solicitante, para dar una respuesta, generando confianza, excelencia y seguridad.	
Causa	Efecto
Mejorar Orientación telefónica ante una Urgencia	Gestionar respuesta a las Emergencias telefónicas
Explicación	
La detección de la Emergencia telefónica es el detonante clave para la activación de los equipos de intervención, quienes deben recibir un relato lo más fidedigno de lo que ocurre en el lugar del evento, es aquí donde la orientación telefónica ayuda a encausar la Urgencia del solicitante y poder diferenciar entre la Urgencia y encontrar las Emergencias reales, para ver qué camino seguir de acuerdo con la gravedad.	

Fuente: *Elaboración propia*

En la tabla N°84, se muestra el Tablero de control para el Unidad de Regulación, alineado con los objetivos estratégicos, en donde su principal objetivo a perseguir es disminuir a su mínima expresión los errores y tener la máxima certeza del prediagnóstico de la situación en la que se encuentra el paciente, debido a que esta acción apunta directamente a que la Gestión Telefónica, como se mostró en el Mapa Estratégico, sea óptima y responda a los estándares que se espera.

El Tablero de Control, influye en la construcción de las actividades principales de la Cadena de Valor, entendiendo que la medición del CMI, se basa como se desarrollan las actividades y como se miden, en específico las actividades realizadas por la unidad de Regulación, para aportar en la generación de valor, entendiendo que no existe un contacto en persona con los usuarios, es por eso que la eficiencia en esta unidad, el buen control de los tiempos y generar siempre detecciones relevantes, es central para que la Perspectiva del Usuario del Cuadro de Mando Integral pueda lograr sus metas.

En la Tabla N°85, se encuentra el Diccionario de relaciones del tablero de gestión para la unidad de Regulación, de acuerdo con la metodología del Proyecto.

5.6.3 Tableros de gestión y control Unidad de Intervención

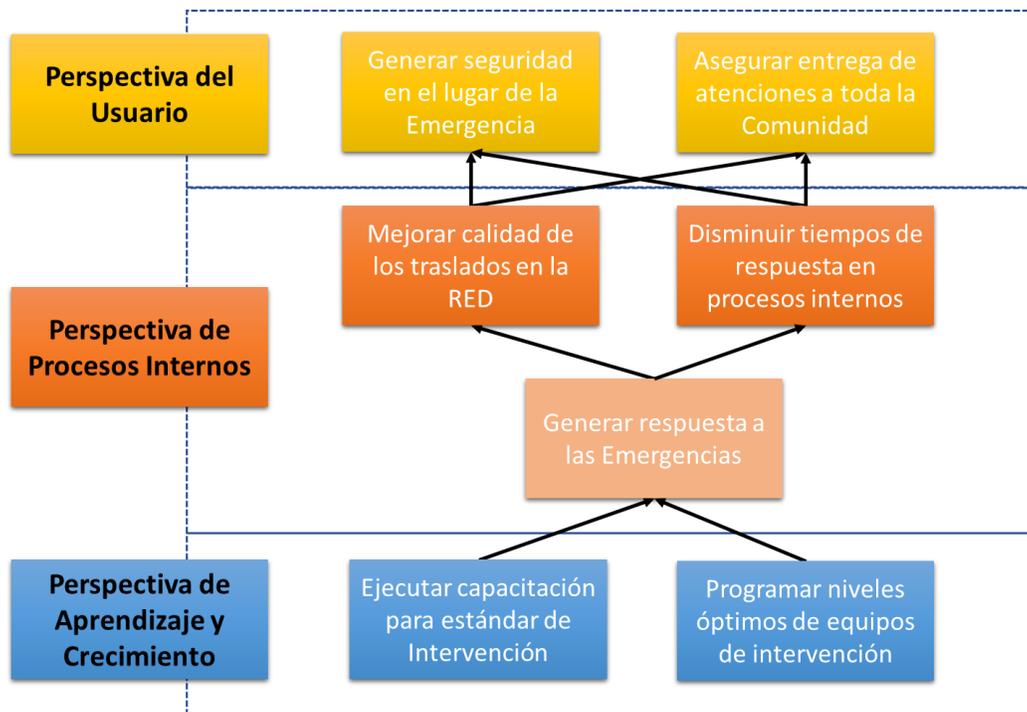
De acuerdo con la metodología utilizada para la unidad de Regulación, los siguientes tableros desarrollados que se muestran a continuación, hacen referencia a la unidad de Intervención. En la figura N°24 se encuentra el Tablero de Gestión de la unidad de Intervención, el cual, sigue las líneas del mapa estratégico, debido a que al igual que el de Regulación, no son unidades que ejecutan presupuesto, no se usa la perspectiva financiera.

El tablero de gestión de la unidad de Intervención responde en su primera parte al objetivo estratégico de “Generar respuesta a las Emergencias”, derivado del objetivo para la Regulación “Generar respuesta a las Urgencias Telefónicas”, alineando sus subprocesos para optimizar los tiempos, la programación de los equipos y generar estándar de capacitaciones necesarias para los equipos de intervención, para lograr en el usuario, generar seguridad y asegurar respuesta a toda la comunidad, pero a la vez, tomando un objetivo del tablero de gestión de la Unidad de Regulación, como se mostró en la UEN por la cadena que se mostró en este Proyecto.

En la figura N°4 Esquema de Cadena de Mando de Gestión Clínica, la Intervención a pesar de ser una unidad paralelo de la Regulación, depende de

las decisiones de este ultima, por lo cual, su tablero toma como inicio en la perspectiva de procesos internos, el subproceso final del tablero de la Regulación “Generar respuesta a las emergencias”, debido a que una de las respuestas que el SAMU entrega a la ciudadanía es el envío de ambulancias para los traslados primarios y secundarios, por eso es fundamental el vínculo de ambos tableros.

Figura 24: Tablero de gestión de la Unidad de Intervención



Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°86, se muestra el tablero de control para la unidad de Intervención, de igual manera que el de Regulación, este se alinea con los objetivos estratégicos, en donde su principal objetivo a perseguir es generar evaluaciones constantes de la gestión de la respuesta sanitaria en persona y el cumplimiento de los estándares establecidos necesarios para la realización de la Propuesta de Valor y el Tablero de Control para la unidad de Intervención, de acuerdo al Cuadro de Mando Integral, entendiéndose que se es responsable de la Captura de Valor, debido a su estrecha relación en persona con los pacientes, siendo la unidad que más puede posicionar y diferenciar la experiencia prehospitalaria, para el posicionamiento institucional y la creación de la Imagen en la comunidad.

Tabla 86: Tablero de Control para la unidad de Intervención

PERSPECTIVA DEL USUARIO					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Generar seguridad en el lugar de la Emergencia	1. Tasa de accidentes en la Zona de la Emergencia <i>Nota: Se debe evaluar y medir, si el actuar de los equipos de intervención, mitigan el riesgo de que ocurran mayores incidentes en el lugar del evento o son vectores de aumento de incidentes.</i>	(N° de accidentes producidos en la Zona de la emergencia distinto a la emergencia / N° promedio de funcionarios de intervención en turno) *100	≤ 3	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio.
Asegurar entrega de atenciones a toda la Comunidad	2. Porcentaje de no respuesta de intervención por falta de cobertura territorial. <i>Nota: la falta de cobertura territorial afecta la disposición de los recursos en toda la región.</i>	(N° de no respuesta por falta de cobertura territorial/ total de no respuestas de intervención) *100	≤ 10%		
PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Mejorar calidad de los traslados en la RED	3. Tasa de pacientes trasladados bajo normas IAAS. <i>Nota: Las normas IAAS, infecciones asociadas a las atenciones de salud.</i>	(Muestra de pacientes con síntomas atribuibles a IAAS por traslado / tamaño de la muestra) *100	≤ 10%	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio.
Disminuir tiempos de respuesta en procesos internos	4. Disminución de Tiempo promedio de Respuesta de equipo de intervención <i>Nota: el tiempo de respuesta comprende desde la asignación de salida del Centro Regulador, hasta la llegada al lugar del evento.</i>	((Tiempo promedio en T0 – Tiempo promedio en T1) / Tiempo promedio en T0) *100	≥ 10%		(V) Plan de Control de Tiempos.
	5. Disminución en Tiempo promedio en abastecimiento de insumos críticos.	((Tiempo promedio en T0 – Tiempo promedio en T1) / Tiempo promedio en T0) *100	≥ 20%		
Generar respuesta a las Emergencias	6. Nivel de respuesta a Patologías tiempo Dependientes.	(Total de respuesta de Intervención a Patologías tiempo dependientes/ Total de Patologías tiempo dependiente detectadas por el CR) *100	≥ 95%	(V) Plan de medición de los niveles de concordancia de Prediagnóstico y Resultado	
PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Ejecutar capacitación para estándar de Intervención	7. Equipos con excelencia en capacitaciones de manejo en eventos críticos. <i>Nota: la evaluación debe contar con la simulación de casos clínicos y evaluaciones en terreno para medir las capacidades de cada funcionario para medir que transmiten al atender a los pacientes. Escala de Evaluación 1 es muy deficientes y 7 es excelente.</i>	(N° de evaluación con nota 5 o superior / N° total de evaluaciones) *100	≥ 95%	Anual	(II) Plan de Reclutamiento y Capacitación continua.
Programar niveles óptimos de equipos de intervención	8. Nivel de turnos conformados de acuerdo con programación <i>Nota: La programación de turnos es esencial para la intervención, asegurando el Capital Humano.</i>	(Turnos conformados sobre un 90% de acuerdo con programación / Total de turnos) *100	≥ 75%	Semestral	(I) Plan de control de Calidad del Servicio.

Fuente: Elaboración propia

Los Tableros de Control y Gestión generados para las dos unidades principales del Departamento de Gestión Clínica, tienen una bajada directa desde el Mapa Estratégico y del CMI sus objetivos, por ser las dos unidades que generan los servicios prehospitalarios del SAMU Metropolitano. Estos tableros buscan centralizar sus mediciones en la forma en que los servicios se entregan, sus niveles de calidad y como los procesos son regulados y asegurados dentro de la institución.

Tabla 87: Diccionario de Relaciones Tablero de gestión Unidad de Intervención

Causa	Efecto
Ejecutar capacitación para estándar de Intervención	Generar respuesta a las Emergencias
Explicación	
Lo primero que un equipo de intervención debe tener claro, son las respuestas que dan en la emergencia, donde cada palabra o gesto es interpretado por las personas que los observan trabajar, por eso es fundamental el estándar de capacitaciones de necesarias que contemplen no solo aspectos clínicos, sino comunicaciones, conductuales, etc.	
Causa	Efecto
Programar niveles óptimos de equipos de intervención	Generar respuesta a las emergencias
Explicación	
La Programación de conformación optima de equipos, no solo permite generar respuesta a las emergencias, sino centrar las programaciones de acuerdo con el estudio de la demanda, entendiendo los horarios, comportamientos geográficos o conductuales de la población.	
Causa	Efecto
Generar respuesta a las emergencias	Mejorar calidad de los traslados en la RED
Explicación	
Una respuesta a la emergencia implica entender bien el contexto del evento en que se encuentra la emergencia, las posibilidades para generar el Traslado en la RED, en qué condiciones se realiza, los apoyos necesarios tanto en equipos, tiempos, comunicación con el Centro Regulador, para mejorar su calidad no solo técnica, sino logística.	
Causa	Efecto
Generar respuesta a las emergencias	Disminuir tiempos de respuesta en procesos internos
Explicación	
Los tiempos de respuesta en los procesos internos como revisión de equipamiento, conocimiento y aplicación de protocolos de atención, conformación de equipo humano, van a generar mayor y mejor disponibilidad y preparación de los equipos, estandarizando sus procesos internos, para reducir los tiempos muertos y generar disponibilidad óptima para la respuesta de la Intervención.	
Causa	Efecto
Mejorar calidad de los traslados en la RED	Generar seguridad en el lugar de la Emergencia
Explicación	
La mejora de la calidad de los traslados en la RED tiene como inicio dar una respuesta acertada a la comunidad en el lugar del evento, provocando que el traslado que se realizara es seguro, dejando y apoyando en los diferentes actores (solicitantes, paciente, centro asistencial, otros) que el traslado se realizará bajo normativas, que permitan generar seguridad en la zona donde ocurre el evento.	
Causa	Efecto
Mejorar calidad de los traslados en la RED	Asegurar entrega de atenciones a toda la Comunidad
Explicación	
Mejorar la calidad de los traslados, también genera una nueva relación con los centros asistenciales y la población, entendiendo que el SAMU estabiliza a los pacientes, para ser derivados a un centro asistencial, disminuyendo los riesgos y la posibilidad de no traslado de un paciente, por encontrarse en condiciones que le impidan movilizarse, aunque cuando es necesario llevarlo a un centro asistencial.	
Causa	Efecto
Disminuir tiempos de respuesta en procesos internos	Generar seguridad en el lugar de la emergencia
Explicación	

La percepción del tiempo es un tema fundamental para manejar, entendiendo el estrés de las personas cuando a situaciones de salud se trata, es por ellos que el manejo y mejora de tiempos de procesos internos, permite la disponibilidad inmediata de los equipos para ir al lugar del evento y generar la seguridad de atención requerida.	
Causa	Efecto
Disminuir tiempos de respuesta en procesos internos	Asegurar entrega de atenciones a toda la Comunidad
Explicación	
La disminución de tiempos en procesos internos, gracias a la estandarización de procesos, genera el conocimiento inmediato de los recursos disponible, para generar la respuesta a toda la comunidad.	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°87, se encuentra el Diccionario de relaciones del tablero de gestión para la unidad de Intervención, de acuerdo con la metodología realizada en este Proyecto. Este Diccionario, sigue el alineamiento existente entre los Tableros de Gestión de las unidades de Regulación e Intervención.

Todas las iniciativas estratégicas señaladas en los Tableros de Control de ambas unidades están contempladas con las iniciativas del CMI, al ser directamente relacionadas con ellas. A lo largo de este Proyecto, se logra demostrar que para que el CMI tenga éxito, no solamente se deben generar los tableros correspondientes, sino a la vez, lograr introducir las metodologías de las iniciativas en la gestión de las unidades, de lo contrario el SCG no tendrá éxito.

En el próximo capítulo, se generará un modelo de Esquema de Incentivos, el cual buscará unificar las acciones que por el Gobierno central tiene establecidas, junto a medidas de reconocimiento que puedan modificar la cultura de la Institución para alinearla con la estrategia y conseguir mayor motivación de cada uno de sus funcionarios que la componen, en estas dos unidades.

CAPÍTULO 6. ESQUEMA DE INCENTIVOS

En el siguiente capítulo del Proyecto, se presenta un esquema de incentivos que busca el alineamiento del comportamiento de los funcionarios de Gestión Clínica con los objetivos estratégicos de la Institución, para el cumplimiento de la estrategia del SAMU Metropolitano.

“Una función importante de los sistemas de control de gestión es motivar a los miembros de la organización a alcanzar dichas metas” (Anthony y Govindarajan, 2008, p 513). De acuerdo con esta premisa, se debe entender que uno de los principales objetivos de los esquemas de incentivos es buscar la forma de influenciar en las conductas de los miembros de la Institución, para lograr generar puntos de confluencia entre los intereses de todos los actores, para el logro de los objetivos personales y del SAMU Metropolitano.

Bajo este mismo prisma, tenemos la visión de Judgen y Robbins (2013) quienes se refieren a que para que las personas, persigan una meta, necesitan de una motivación basada en Intensidad, Dirección y Esfuerzo persistente.

Se definirá como Intensidad, a la cantidad de esfuerzo que debe realizar la persona para conseguir un objetivo, mientras que la Dirección hace referencia a como esta se alinea con los objetivos de la Institución, remarcado por un Esfuerzo persistente en lograr las metas organizacionales. Es por ello por lo que se debe evaluar cuanto tiempo el funcionario puede mantener su esfuerzo, de acuerdo con cuan motivados se encuentren para aportar al SAMU Metropolitano en lograr sus Objetivos estratégicos.

La base de todos Sistema de Incentivos, parte con que los liderazgos dentro del equipo humano logren generar la motivación, cuando los objetivos personales y las compensaciones salariales se alineen con los objetivos del CMI, donde estos actores serán los encargados de bajar a los funcionarios de sus unidades los objetivos estratégicos y ayudarlos a alinearlos con los objetivos personales.

6.1 Situación actual de los Esquemas de Incentivos

En este punto se realizará el análisis del esquema de incentivos existente en el SAMU Metropolitano, para conocer lo que actualmente se aplica, focalizándose

en entender cómo funcionan y construir una mirada crítica en cuanto a si existe Intensidad, Persistencia y Dirección en la construcción original.

Para el caso del SAMU Metropolitano, las compensaciones que existen se dividen en las siguientes categorías.

- **Sueldo**
- **Beneficios**
- **Metas de desempeño colectivo.**
- **Metas de productividad.**
- **Trienios de acuerdo con calificaciones, capacitaciones y antigüedad.**

La bonificación se desprende de leyes que aprueban sus pagos, de acuerdo con el cumplimiento de desempeños esperados de forma colectiva.

6.1.1 Sueldos

Los sueldos del SAMU Metropolitano se desarrollan de acuerdo con la escala única de funcionarios que entrega un grado a cada uno, dependiendo de a cuál de los cinco estamentos pertenece:

- Auxiliares.
- Técnicos.
- Administrativos.
- Profesionales
- Médicos

La escala esta graduada, pero no uniformada dentro de la institución, debido al cambio de funcionarios entre instituciones, la antigüedad y otras variables que hacen que dos personas puedan tener las mismas responsabilidades, pero ganar sueldos completamente distintos.

Los cargos no tienen una relación Grado – Jerarquía – Responsabilidad, debido a que, en algunos casos, las diferencias salariales entre un subalterno y una jefatura terminan siendo muy bajas.

Adicionalmente, se entrega un “**bono mensual de alimentación**”, el cual corresponde a \$4000 pesos por jornada laboral ya sea en sistema diurno o turno, el cual se carga los primeros 4 días hábiles del mes, del sistema Sodexo, para uso del funcionario.

Una variable que se debe tomar en cuenta es “**el reajuste de sueldos**” de acuerdo con las variaciones de IPC, índice de precio al consumidor, el cual es negociado con la autoridad central, por parte de las asociaciones más importantes, para mantener la capacidad adquisitiva de sus asociados, pero no es una medida que todos los años se realice de forma satisfactoria o de acuerdo con el índice obtenido.

6.1.2 Beneficios

Los beneficios que perciben los funcionarios del SAMU Metropolitano son todos aprobados por ley, de diferente naturaleza, dependiendo del trabajo que realizan.

- a) **Aguinaldo de Fiestas Patrias, Navidad y Vacaciones:** el valor de estos aguinaldos es variable año a año, dependiendo de las negociaciones que realizan las asociaciones más importantes, por ministerio.
- b) **Unidad de Salud del Trabajador:** los funcionarios pueden ir a esta unidad cuando tienen problemas de salud, con atención gratuita en el HUAP, en donde dependiendo el caso, pueden recibir medicamentos, exámenes y otras prestaciones, de forma gratuita.
- c) **Pago de licencias médicas:** las licencias médicas son pagadas a todos los funcionarios, como se explicó en el Canvas, el SAMU debe gestionar la recuperación de estos pagos, con las instituciones pertinentes.
- d) **Bono de satisfacción usuaria:** bonificación que se entrega una vez al año, en noviembre, por una encuesta que se realiza desde el ministerio y que, en el caso del SAMU, está vinculada a la evaluación del Servicio de Salud Metropolitano Central y no a la gestión de la Institución.
- e) **Días Administrativos:** de uso discrecional, distintos al feriado legal, entrega seis días al año, divisibles por dos medias jornadas, para uso libre, no acumulables.
- f) **Programa de Bienestar:** servicio que consta de una afiliación voluntaria de un porcentaje del sueldo, para generar un fondo común y con un aporte de la autoridad central, para generar un programa de apoyo y reembolso a los funcionarios, en prestaciones de salud y otros eventos.

6.1.3 Metas de Desempeño colectivo

Las metas expuestas en este grupo tratan del cumplimiento de 5 indicadores, de naturaleza colectiva, que intentan mejorar la gestión de la institución con indicadores que enfrentan 4 aspectos básicos:

- **Las llamadas:** Aquí existen dos indicadores que se miden a partir de 2017 que son:
 - a) llamadas contestadas antes de 20 segundos.
 - b) llamadas abandonadas después de 10 segundos.
 Estos indicadores buscan mejorar los niveles de servicio en la atención de las llamadas, pero no buscan la atención de calidad y eficiencia en modelar la demanda de la ciudadanía.
- **Indicaciones de BLS:** En este punto, con trasfondo sanitario, de busca la detección temprana de solicitantes que presencian a una persona en estado de Paro Cardiorrespiratorio, para indicarles telefónicamente maniobras de Reanimación Cardiopulmonar, BLS son las maniobras básicas que se pueden entregar vía teléfono y ACLS son las maniobras avanzadas que personas con preparación clínica pueden administrar a otra persona.
- **Traslados con toma de signos vitales y medidas de seguridad:** En este indicador, lo que se busca es registrar en la ficha de atención del paciente, que se hizo la toma de sus signos vitales al momento de llegar al centro asistencial y fue trasladado con las medidas de seguridad establecidas.
- **Capacitaciones:** Este indicador busca que el 50% de los funcionarios se capacite en cualquiera de los cursos disponibles, al menos 1 vez al año. Lamentablemente este indicador no va enfocado en capacitaciones acordes al cargo desempeñado por cada funcionario, de acuerdo con sus naturalezas como conducción a la defensiva, condiciones de trato usuario, habilidades para la buena atención telefónica y otros.

En la figura N°25 se puede ver el esquema de los indicadores de la Ley 18.834, que afectan al 90% de los funcionarios del SAMU Metropolitanos, tanto clínicos como administrativos, siendo excluidos los profesionales médicos, quienes, por ley, son integrados en otro conjunto de metas.

Figura 25: Indicadores de Metas de desempeño Colectivo Ley 18.834.



Fuente: Metas de desempeño colectivo ley 18.834, Ministerio de Salud 2019

El problema de las bonificaciones de este tipo es que no existe un encargado responsable día a día del cumplimiento, por los siguientes problemas:

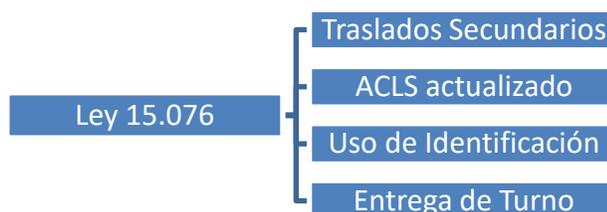
- Las responsabilidades de cumplimiento de cada indicador son extremadamente diluidas, tanto en el sistema de llamadas como en el registro de las fichas, debido a que la medición de estos indicadores se basa en volúmenes de datos.
- Los responsables del cumplimiento de estos indicadores son el encargado de Control de Gestión, el Subdirector Médico y el Director, quienes están muy lejanos en el control y diluyen la responsabilidad de cumplimiento con sus subalternos.
- Las Jefaturas a cargo de estos equipos, no tienen un reconocimiento cuando sus unidades cumplan con estos indicadores. Las Jefaturas médicas no reciben beneficios de estas metas.
- Ante la falta de perfiles de cargo con responsabilidades, protocolos, procedimientos y estándares institucionales, no se puede sancionar a quienes no cumplen con estos indicadores.
- El desconocimiento de estas metas, por parte de los funcionarios, no permite entender que las bonificaciones que reciben cada 3 meses se deben a este cumplimiento, por lo cual no cumplen con su rol en motivar el esfuerzo de los funcionarios.

6.1.4 Metas de productividad

En este punto, las metas señaladas entregan beneficios a los Profesionales médicos que están contratados bajo la ley 15.076, las cuales al igual que la ley anterior, entregan una bonificación trimestral a los funcionarios por el cumplimiento de los siguientes indicadores:

- a) **Traslados Secundarios:** Este indicador apunta a la correcta regulación de una solicitud de traslado secundario, sin importar si se realizó o no, sino apunta a haber recolectado un conjunto mínimo de datos que mejore al momento de tomar las decisiones de regulación del Médico.
- b) **ACLS actualizado:** En este indicador, se busca tener a todos los médicos con sus cursos de ACLS, Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, actualizada, para ser capaces de dar las mejores indicaciones o realizar las mejores maniobras en caso de requerir conocimientos avanzados.
- c) **Uso de Identificación:** Como lo decreta la Ley de deberes y derechos de pacientes, todos los profesionales que atiendan a una persona, deben identificarse claramente por el paciente o sus acompañantes, ante el derecho de saber quién los está atendiendo.
- d) **Entrega de turnos:** El objetivo de este indicador es la correcta entrega de las novedades de los turnos entre los médicos, señalando las novedades existentes y los pendientes que se deben resolver para el profesional entrante.

Figura 26: Indicadores de Metas de productividad Ley 15.076.



Fuente: Metas de productividad Ley 15.076, Ministerio de Salud 2019

En la figura N°26, se muestra el esquema de indicadores para los profesionales médicos de la ley 15.076, que son aproximadamente el 10% de los funcionarios del SAMU. Los problemas de estas metas son los mismos que los anteriormente señalados.

Es relevante entender en este punto, que las metas de desempeño colectivo y las metas de producción, no apuntan a la construcción de KPI, que cumplan con

la persecución de objetivos estratégicos de la Institución, sino que fueron creados con una mirada generalizada del servicio prehospitalario.

6.1.5 Trienios

Los trienios son bonificaciones asociadas a los criterios de antigüedad, calificaciones y estamento de los funcionarios, en donde en un proceso de encasillamiento, asigna una bonificación a todos los funcionarios de acuerdo con su estamento y que se multiplica por la cantidad de trienios, ciclos de tres años de corrido trabajando en el SAMU que tenga el trabajador.

El trienio son 3 años calendario de antigüedad, por lo cual recién se pueden recibir al cumplir esa fecha, y no se genera una bonificación proporcional por tener 4, 5 o 7 años, serian 1 trienio en los dos primeros casos y 2 trienios en el tercer caso.

Debido a que el sistema de calificaciones del SAMU es deficiente, mide 7 aspectos de forma extremadamente subjetiva, que son:

- **Cantidad de Trabajo.**
- **Calidad de la labor realizada.**
- **Condiciones personales.**
- **Interés por el trabajo.**
- **Capacidad para trabajar en grupo.**
- **Asistencia y puntualidad.**
- **Cumplimiento de normas e instrucciones.**

Los grados para realizar estas calificaciones son:

- Sobresaliente
- Muy Bueno
- Bueno
- Más que regular
- Regular
- Deficiente
- Malo

Las Calificaciones están regidas por el proceso de evaluación que se divide en un Informe de desempeño de septiembre a diciembre, un segundo Informe de desempeño de enero a abril, una Hoja de Precalificaciones de todo el ciclo,

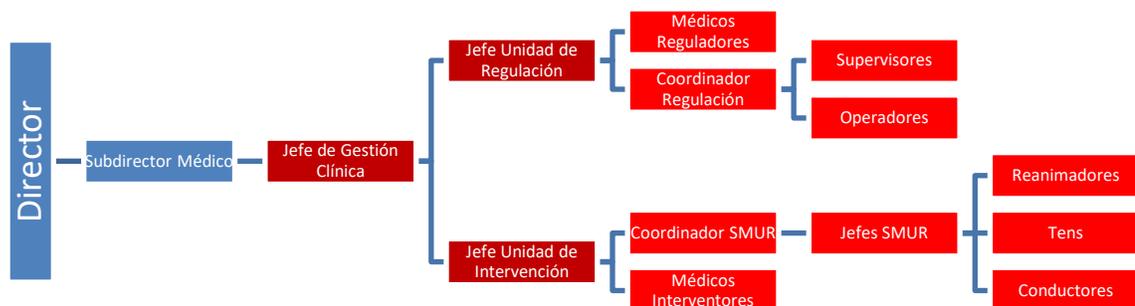
septiembre a agosto, que se realiza en septiembre del año finalizado, para cerrar con la evaluación por parte de la Junta calificadora, cerrando con el Formulario de Calificaciones en octubre del año finalizado. Es así, como las calificaciones ubican a los funcionarios en las “**Listas de Encasillamiento**” y el trienio es el factor multiplicador de la bonificación, esto se debe a que los tramos 1 y 2, tienen cupos limitados, siendo el tramo 3, el que agrupa a todo el resto de los funcionarios.

El criterio de desempate entre dos notas iguales es la antigüedad, esto se suma a un sistema completamente imperfecto y débil, que no genera motivación, porque las jefaturas no tienen asignaciones o beneficios especiales, de acuerdo con su responsabilidad.

6.2 Evaluación del Sistema de Incentivos Actual

Los sistemas de Incentivos, debería apoyar el proceso de motivación de los funcionarios, alineando sus objetivos y apoyando los liderazgos de las jefaturas para lograr los beneficios de la Institución, pero se revisarán los principales problemas que tiene el actual sistema de incentivos en cada uno de sus puntos.

Figura 27: Línea de cargos para la UEN



Fuente: Elaboración propia

En la figura N°27 se puede ver los cargos que bajan desde el director hasta los últimos cargos de funcionarios de las unidades de Regulación e Intervención del SAMU Metropolitano, que componen la UEN, remarcando a las tres jefaturas más relevantes del Departamento de Gestión Clínica:

- a) Jefatura de Gestión Clínica.**
- b) Jefatura de Unidad de Regulación**
- c) Jefatura de Unidad de Intervención**

De acuerdo con el análisis y entendiendo que estos tres cargos son los encargados de liderar el proceso de motivación, se analizará el sistema de incentivos actuales del SAMU Metropolitano, tomando en cuenta los criterios de intensidad, dirección y esfuerzo.

- Estos cargos son ocupados por médicos con experiencia clínica, sin preparación administrativa, donde la capacidad de alinear los objetivos institucionales con los personales y los de los funcionarios que tienen a su cargo es esencial, pero existe una deficiencia en la preparación de quienes ejercen estos cargos, para direccionar a sus unidades, por la ausencia de perfiles de cargo y definición de competencias.
- Como se ha señalado en el proyecto, los perfiles de cargo no están definidos ni formalizados, por lo cual tanto sus tareas como las competencias para el cargo no están establecidas dentro de la institución, por consiguiente, no se puede establecer cuanto esfuerzo deben realizar cada funcionario, porque no están claras sus tareas, responsabilidades ni idoneidad al cargo.
- De la mano a lo anterior, los perfiles de cargo de los funcionarios dirigidos tampoco están formalizados, por lo cual, las Jefaturas no tienen herramientas que permitan dirigir el desempeño de cada miembro de las unidades de Regulación e Intervención, lo que hace imposible la medición del trabajo individual y colectivo, en cuando a líneas estratégicas establecidas.
- No existe dentro de la Institución una escala de remuneraciones y grados, acorde al cargo y el organigrama, por lo cual, las jefaturas señaladas y todos los funcionarios, no ven una relación en cuanto a esfuerzo en desempeñar las tareas entregadas y la retribución salarial.
- No existen beneficios asignados a las jefaturas por sus responsabilidades, distintos de los colectivos, por lo cual no hay incentivos a que los liderazgos de estos cargos surjan dentro de la institución o alineen sus objetivos con los del SAMU Metropolitano.
- Los componentes de las bonificaciones provienen del cumplimiento de indicadores colectivos y un componente de calificaciones, en donde no

existe un reconocimiento al esfuerzo individual, fomentado por las deficiencias del sistema de calificaciones.

- Todos los funcionarios asumen las bonificaciones de metas y trienios como parte de su sueldo, incluso las jefaturas, por consiguiente, ninguna de esas medidas actuales, apoya a la motivación del funcionario a alinear sus objetivos personales con los de la institución, dejando a las jefaturas sin herramientas para mitigar los desalineamientos internos.
- Las calificaciones, tienden a caer en una subjetividad extrema, en donde no se aplican parámetros con estándares claros, establecidos y conocidos por todos los funcionarios, que permitan generar un buen proceso de calificación. Es fundamental ver una evaluación que tienda a la objetividad en los estándares a evaluar y disminuir la subjetividad en cuanto a la visión del superior jerárquico, entregando una mirada global del desempeño del funcionario, con compromisos medibles para la mejora de su rendimiento y comparables entre sí.
- De igual manera al punto anterior, las competencias de la Jefatura para evaluar el desempeño de un funcionario y generar una evaluación acorde a los objetivos de la institución, no están establecidas, realizando una acción de tal relevancia y magnitud, de forma improvisada y desalineada.
- Existe una rigidez de los incentivos monetarios en el sector público y la forma en que son utilizados. Estos no ayudan a las jefaturas para el cumplimiento de objetivos propios del SAMU Metropolitano, dificultando su desempeño y mostrando muy baja representación de la realidad institucional para la generación de la motivación de los funcionarios.
- Todo el sistema de incentivos del SAMU Metropolitano, son heredados y mal implementados, en donde las desigualdades, el desconocimiento de los desempeños esperados, la falta de formalización de responsabilidades e ineficacia de los sistemas de calificaciones, dejan a las jefaturas sin herramientas para poder generar alineación de sus unidades en la UEN.

Señalado lo anterior, el Proyecto propone dos puntos centrales para generar líneas de desarrollo del sistema de incentivos:

- **Medidas de Corto plazo:** diseñar un plan de trabajo para hacer surgir los liderazgos de las Jefaturas de Gestión Clínica, Regulación e Intervención mediante la aplicación de herramientas complementarias para lograr medir los desempeños de sus unidades, en búsqueda de lograr la motivación de

cada miembro de la UEN, generando a la vez políticas internas en la institución que fomenten la motivación y el compromiso.

- **Medidas de Largo plazo:** estas ideas, buscan que el SAMU, en una mirada global, no solo para la UEN, inicie un trabajo colaborativo con los organismos superiores, para alinear los sistemas de incentivos monetarios, al Sistema de Control de Gestión diseñado en el proyecto, para que las iniciativas desarrolladas, no pierdan su fuerza y generen beneficios futuros.

Por limitaciones ya establecidas en el capítulo N°1, se seguirá desarrollando una propuesta de esquema de incentivos, entendiendo que, en la realidad, se necesita un trabajo mucho mayor, siendo motivo de un posible nuevo Proyecto.

Existen limitaciones legales y financieras, que no permiten propuestas de cambios de bonos, asignación de bonificaciones por responsabilidad y otros puntos, que como se señala, deben ser gestionadas de acuerdo con las **Medidas de largo plazo** propuestas.

6.3 Propuesta de Esquema de incentivos de Corto Plazo

En el siguiente punto, se proponen esquemas de incentivos de corto plazo, para el SAMU Metropolitano, de acuerdo con las responsabilidades de las tres jefaturas evaluadas y las herramientas que necesitan para desarrollar sus cargos.

Es fundamental entender que la motivación es lo que todo sistema de incentivos busca, para lograr modificar la conducta de los trabajadores, para el logro de los objetivos institucionales, por eso se dejará clara esta definición, de acuerdo con la idea de motivación. Podemos basarnos en Judge y Robbins (2013), quienes centran la motivación de acuerdo con la intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo de los funcionarios, en cada proceso institucional por lograr beneficios institucionales.

De igual manera, como también definen Judge y Robbins (2013), la orientación de esta motivación irá dirigida hacia las metas de la institución y no hacia las metas personales, para así lograr el cumplimiento de los objetivos que este diseño del SCG ha establecido.

6.3.1 Perfiles de Cargos de Jefaturas

Antes de generar esquemas de incentivos, es fundamental desarrollar en grandes líneas los problemas actuales que tienen las Jefaturas para generar incentivos, por consiguiente, se debe trabajar en los objetivos que deben tener los perfiles de cargos de las tres Jefaturas, para lograr alinear sus liderazgos, con la institución.

Tabla 88: Cargos y Objetivos de Cargo

Cargo	Objetivo del cargo
Jefe de Gestión Clínica	Responsable de la gestión prehospitalaria, coordinación con la Red Asistencial, desarrollar y aplicar las Normas Técnicas, Programas y Estrategias Institucionales.
Jefe de Regulación	Responsable de la gestión del Centro Regulador, coordinación con la Intervención, apoyar a desarrollar y aplicar las Normas Técnicas, Programas y Estrategias Institucionales en la Unidad, administrar los recursos que garantizan la operatividad continua y coordinar con las unidades de apoyo las necesidades programadas.
Jefe de Intervención	Responsable de la gestión de la Intervención, dirigir al coordinador y los médicos interventores en el desarrollo del trabajo diario, apoyar a desarrollar y aplicar las Normas Técnicas, Programas y Estrategias Institucionales en la Unidad, administrar los recursos que garantizan la operatividad continua y coordinar con las unidades de apoyo las necesidades programadas.

Fuente: Elaboración propia

Sin estos objetivos, es imposible implementar un sistema de incentivos en el SAMU Metropolitano, que gestione y direcciona los esfuerzos de cada miembro, con los objetivos de la institución, que están desarrollados en la tabla N°88.

Tabla 89: Competencias para el Cargo

Competencias	Desempeño Esperado
Comunicación efectiva	Capacidad de escuchar y expresarse de manera clara y directa. Implica la Empatía, la habilidad para transmitir ideas y estados de ánimo y la habilidad de coordinar acciones bajo presión.
Orientación a resultados	Capacidad para administrar los procesos, recursos claves, planificando, motivando para asegurar el máximo de efectividad en los resultados. Implica también la capacidad para actuar con prontitud y sentido de urgencia para responder a las necesidades de funcionarios.
Empatía	Capacidad de conocer, entender y resolver las necesidades en forma efectiva, para el funcionario. Implica, además, la capacidad de gestionar operativamente la solución definida más acorde.
Liderazgo	Capacidad de conducir a su equipo de trabajo hacia los objetivos definidos para su área, generando participación y compromiso de los funcionarios. Implica alinear, guiar y motivar a su equipo de trabajo para el logro de las prioridades de la Unidad y del SAMU Metropolitano.
Trabajo en equipo	Capacidad de colaborar con otros, compartiendo conocimientos, esfuerzos y recursos en pos de objetivos estratégicos. Implica alinear los propios esfuerzos y actividades con los objetivos del equipo de trabajo, apoyo entre otras unidades de la Institución.

Fuente: Elaboración propia

Junto a estas definiciones, en conjunto, se desarrolla un grupo de competencias necesarias en las tres Jefaturas, para el desempeño de sus funciones y la búsqueda de sus liderazgos. En la tabla N°89, se ven competencias para estos tres cargos, alineadas con los valores institucionales definidos en este proyecto, por lo cual se dirigirán los esfuerzos de estas jefaturas en lograr que puedan desarrollar su gestión en beneficio de la institución.

6.3.2 Desarrollo de criterios Institucionales

Un problema institucional que afecta a la motivación funcionaria es la falta de normalización de los sueldos, de acuerdo con las responsabilidades propias de cada cargo y sus líneas Jerárquicas, los sueldos son dispares entre sí. Tomando en cuenta el organigrama que se encuentra en el anexo N°1, es fundamental que se ejecuten algunas medidas esenciales en la formalización Institucional.

- Definir claramente los niveles jerárquicos entre los diferentes cargos de todo el SAMU Metropolitano, ordenando y alineando a todas las Jefaturas y los funcionarios, con sus perfiles de cargo, sus responsabilidades y los grados que asigna los sueldos.
- Definir objetivos de todas las unidades del SAMU Metropolitano, entendiendo como se relacionan unas con otras, para impulsar el trabajo conjunto, la asignación de responsabilidades de cada jefatura, expresando cuál es su campo de acción.
- Generar políticas de asignación de grados a los cargos, para el cálculo de sus sueldos, para no generar desmotivación interna tanto en los funcionarios como en las jefaturas, que puedan no ver valorado el esfuerzo con el que cumplen sus funciones. Este punto es central, especialmente para la llegada de nuevos funcionarios.
- Generar herramientas de evaluación de desempeño, que entreguen a las jefaturas, elementos alineados, definidos y tangibles, para realizar las evaluaciones de cada funcionario, con criterios objetivos. El deficiente sistema de calificaciones actual no apoya en el rol controlador de desempeños de las jefaturas.

Estos criterios, buscan apalancar los sistemas de incentivos que se desarrollarán dentro del proyecto y el futuro del SAMU Metropolitano, entendiendo las deficiencias existentes. Estos criterios no solo ayudarán a las Jefaturas de la UEN, sino a toda la institución.

Dadas las limitaciones de este proyecto, no se trabajarán estos aspectos, porque son complejos y requieren de mayor profundidad en sí mismo, por lo cual se dará como resueltos, porque el objetivo es la realización del Sistema de Control de Gestión.

6.3.3 Políticas de Retroalimentación

El reconocimiento a la labor que, realizada diariamente cada unidad y funcionario, es fundamental para el desarrollo de incentivos, de acuerdo con las limitaciones con las que cuenta el SAMU Metropolitano.

Los individuos están muy motivados cuando reciben informes, o realimentación sobre su desempeño. Sin esta realimentación, es poco probable que la gente tenga un sentido de logro o realización, o que busque la forma de cambiar su conducta para alcanzar sus objetivos. (Anthony y Govindarajan, 2008, p 514)

Es por ellos, que las Jefaturas, deben desarrollar acciones que evalúen la gestión y el desarrollo de sus actividades, desde el campo de acción que tiene cada uno, siendo para el Jefe de Gestión Clínica evaluar puntos estratégicos del CMI, que tengan estrecha relación con su departamento y las unidades que tiene a su cargo. Es por ello por lo que debe implementar las siguientes acciones, basándose en el liderazgo que debe demostrar.

- **Programa de reuniones de equipo.**
Programar semanalmente reuniones con su equipo ampliado, donde se encuentre con los Jefes de las unidades y los Coordinadores, para detectar los principales problemas dentro de desempeño de las unidades, levantando compromisos y tareas a resolver, con el uso de herramientas como cartas Gantt, donde cada miembro, de acuerdo con su rango de acción, asuma tareas y plazos a cumplir y las acciones que debe coordinar con las unidades de apoyo.
- **Programa de Reconocimiento interno.**
En conjunto con las Jefaturas de todo el Departamento, se debe implementar un programa de reconocimiento a la Excelencia funcionaria, destacando a quienes realizan una labor ejemplar, siendo un ejemplo para sus compañeros. Mediante este proceso, fortalece la retroalimentación a sus equipos y apoya a las Jefaturas de Regulación e Intervención a observar y guiar a sus equipos.

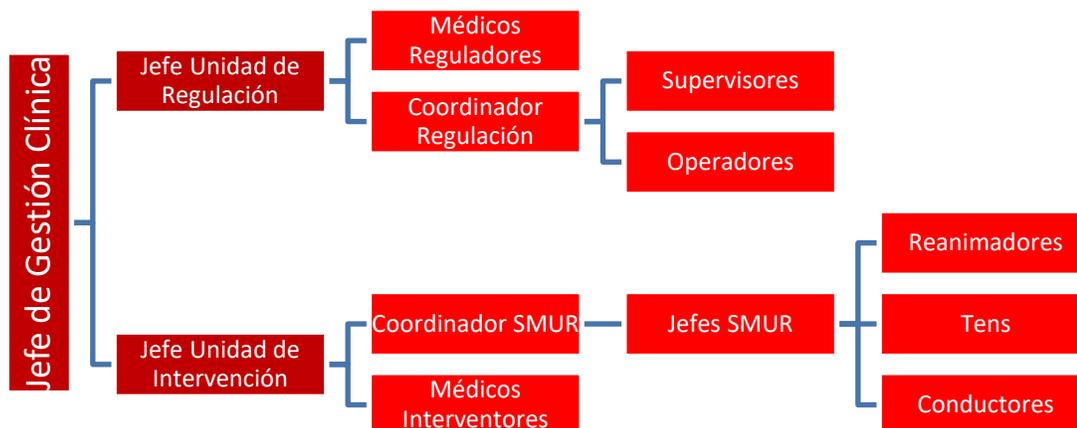
- **Informes de desempeño del CMI.**

En conjunto con la unidad de Control de Gestión, deben generar informes mensuales que le permitan al Jefe de Gestión Clínica, realizar planes de mejora en los puntos críticos donde no se logra cumplir con los objetivos, para detectar si los incumplimientos se deben a razones internas o razones externas a su departamento.

- **Programa de Reuniones con la Dirección.**

Siendo la UEN del SAMU Metropolitano, en conjunto con el Subdirector Médico del SAMU, deben coordinar reuniones mensuales en donde el Jefe de Gestión Clínica debe plantear las principales problemáticas del departamento y sus unidades, apoyar y coordinar en presencia del equipo directivo, las acciones a tomar, entendiendo que este departamento y sus unidades, son los que generan la **Captura de Valor** para la Institución.

Figura 28: Esquema de cargos de Gestión Clínica



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, las Jefaturas de las Unidades de Regulación e Intervención, deben ser capaces de apoyar las políticas de retroalimentación con sus equipos, tomando los tableros de gestión y control y dirigiendo los desempeños de las unidades en conseguir los objetivos definidos por la Institución.

A la vez, estas dos jefaturas son los encargados de levantar todos los puntos críticos que no permiten desarrollar las actividades principales de la Cadena de Valor de la institución, siendo quienes levanten las alertas, cuando las actividades de apoyo no estén aportando a la operatividad del SAMU Metropolitano, de acuerdo con el siguiente plan de acción.

- **Revisión diaria de Unidades.**

De acuerdo con las programaciones realizadas con la Jefatura del Departamento, diariamente, deben seguir el desarrollo de las acciones que permitirán cumplir con las tareas asignadas, para detectar a tiempo si sus unidades presentan problemas para conseguir cumplir con lo acordado. Controlar la carta Gantt, con las tareas a desarrollar en conjunto con los coordinadores, apoyar al trabajo constante y la medición del esfuerzo diario, fundamentales para lograr los objetivos de las unidades.

- **Programa de Reconocimiento interno.**

Las Jefaturas en conjunto con sus Coordinadores, Supervisores y Jefes SMUR, deben desarrollar los estándares para medir el desempeño de sus funcionarios a cargo, para generar parámetros de medición de acuerdo con el esfuerzo que cada funcionario debe realizar, para cumplir con los objetivos institucionales, así como las Jefaturas de las unidades, también deben medir a sus Coordinadores, Supervisores y Jefes SMUR, para que el reconocimiento se transforme en la fuente de motivación de la UEN.

Estos reconocimientos internos, deben ser acompañados con acciones como: entrega de Diplomas de Honor, Desayuno con el Director, Difusión en los canales de Comunicación interna y Distinción en las calificaciones.

- **Informes de desempeño de los Tableros.**

En conjunto con la Unidad de Control de Gestión, las Jefaturas de las unidades deben desarrollar informes de los Tableros de Control, los cuales deben analizar y evaluar con sus equipos, para el desarrollo de planes de acción de mejora para los resultados institucionales, implementando planes de seguimiento y mejora, en los focos con menor desempeño.

Este esquema, requiere del trabajo conjunto con el departamento de Comunicaciones y el equipo Directivo, el cual es base fundamental para la implementación de la Excelencia funcionaria, de acuerdo con los criterios señalados anteriormente.

Debido a que los actuales sistemas de incentivos no están dando resultados, debido a la falta de alineación de ellos con los Objetivos estratégicos del SAMU Metropolitanos y las limitantes existentes, es fundamental iniciar con este tipo de políticas que apoyen a las Jefaturas analizadas.

Como se señaló en la Cadena de Valor, el proyecto ha demostrado en cada una de sus instancias, que las actividades principales del SAMU Metropolitano, no dependen puramente de las unidades de Regulación e Intervención, un recurso

clave como las Comunicaciones, deja sin posibilidad de acción a las unidades, por consiguiente, para evitar la pérdida de esfuerzo en el desempeño del trabajo diario, es fundamental dar mejoras a los problemas institucionales que seguirán siendo una constante en la desmotivación de las Jefaturas, si no son abordadas complementariamente. Este desarrollo es materia de otro proyecto, debido a la complejidad que presenta.

6.3.4 Esquema de incentivos para Jefaturas de Gestión Clínica

En este grupo se encuentran los tres cargos que se han analizado, Jefe de Gestión Clínica, Jefe de la Unidad de Regulación y Jefe de la Unidad de Intervención, unidades que soportan las actividades principales del SAMU Metropolitano.

Debido a las limitantes existentes en el desembolso de incentivos monetarios, el Reconocimiento, es la herramienta que se utilizará en este esquema de incentivos, para fomentar en las Jefaturas analizadas, el liderazgo esperado, que apoye a sus equipos de trabajo.

Por otro lado, el jefe de Gestión Clínica, que es un Médico, es el encargado de unificar el actuar de las unidades de Regulación e Intervención, y todas las interacciones que sean necesarias entre todas estas unidades con otros departamentos de las otras subdirecciones. Además, el jefe de Gestión Clínica es el nexo entre este departamento y la Subdirección Médica, siendo su reemplazante natural en momentos que el primero no se encuentre ejerciendo su cargo.

Para que la Jefatura de Gestión Clínica reciba los incentivos, señalados en la tabla N°90, el cumplimiento de los indicadores se debe realizar de acuerdo con las tres metas que se han establecidos desde enero a diciembre del año evaluado. El proceso de cierre de la evaluación de incentivos se realiza en enero del año siguiente, siendo aplicados los incentivos, para que estén vigentes en el periodo de encasillamiento de marzo de ese año.

Debido a las pocas herramientas con las que dispone el SAMU Metropolitano para realizar incentivos, se eligen estas tres, que generan influencia en el proceso de encasillamiento funcionario.

- **La Nota de Mérito**, a nivel administrativo, es un reconocimiento a la buena labor que realiza en funcionario, realizando un trabajo superior a su

desempeño esperado, apoyando las Calificaciones para el proceso de encasillamiento.

- La **Distinción de Excelencia Funcionaria**, busca resaltar a la Jefatura en específico, en cuando a su compromiso con los Objetivos institucionales y difundir el logro obtenido y su gestión.
- La **Nota Sobresaliente en 5 Categorías**, primero busca demostrar en calificaciones, el excelente desempeño de la Jefatura, que le apoye en el proceso de encasillamientos por tramos para las bonificaciones ministeriales.

Tabla 90: Esquema de Incentivos para el Jefe de Gestión Clínica

Periodo Por Evaluar: Anual					
Perspectiva: Usuario			Objetivo: Cumplimiento Estratégico		
Tipo de Incentivo: Reconocimiento, Calificaciones y Prioridad					
Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Incentivo	Articulador
Entregar atenciones de Excelencia	2. Índice de Satisfacción usuaria.	(Pacientes atendidos que evaluaron el servicio con nota 4 o superior/ Total de Pacientes encuestados) *100	≥ 75%	Nota de Mérito.	Se entrega anotación de mérito por el cumplimiento de los tres indicadores, de forma anual bajos los estándares establecidos, aportando al cumplimiento de las Estrategias Institucionales.
Generar confianza en el Servicio Prehospitalario	4. Nivel de reclamos por atenciones SAMU	(N° de reclamos / total de solicitudes telefónicas) *100	≥ 5%	Distinción de Excelencia funcionaria.	La Jefatura será destacados en el informe de Distinción de Excelencia funcionaria en Comunicaciones internas de la institución en el Cuadro de Honor. Se entrega Diploma de Honor y reconocimiento en Reunión de evaluación de año de Equipo Directivo.
Asegurar acceso a toda la comunidad	6. Porcentaje de solicitudes al 131 que se debió enviar ambulancia.	(N° de solicitudes que se debió enviar ambulancia posevaluación Médica / total de solicitudes sin envío de ambulancias) *100	≤ 30%	Nota sobresaliente en 5 categorías en informe de Desempeño.	Por criterios de Rendimiento y Condiciones Personales, se le asigna nota Sobresaliente en Informe de Desempeño en Calidad de la Labor Realizada, Conocimiento del Trabajo, Interés por el Trabajo y Capacidad para realizar trabajos en grupo.

Fuente: Elaboración propia

Este proceso se debe realizar para cada uno de los esquemas de incentivos que se desarrollan en este proyecto a las tres jefaturas, para que tenga repercusión en las bonificaciones trimestrales de quienes son reconocidos por su labor.

Tabla 91: Esquema de Incentivos para el Jefe de Unidad de Regulación

Periodo Por Evaluar: Anual					
Perspectiva: Usuario y Procesos Internos			Objetivo: Cumplimiento Objetivos UEN		
Tipo de Incentivo: Reconocimiento, Calificaciones y Prioridad					
Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Incentivo	Articulador
Generar respuesta a las Urgencias telefónicas	1. Detección de Urgencia de Telefónicas	(N° de evaluaciones con clasificación de Urgencia correcta / Total de clasificaciones de Urgencia) *100	≥ 80%	Nota de Mérito.	Se entrega anotación de mérito por el cumplimiento de los tres indicadores, de forma anual bajos los estándares establecidos, aportando al cumplimiento de las Estrategias Institucionales.
Gestionar respuesta a las Emergencias telefónicas	2. Detección de Emergencias Telefónicas	(N° de evaluaciones con clasificación de Emergencia correcta / Total de clasificaciones de Emergencia) *100	≥ 90%	Distinción de Excelencia funcionaria. Nota sobresaliente en 5 categorías en informe de Desempeño.	La Jefatura será destacados en el informe de Distinción de Excelencia funcionaria en Comunicaciones internas de la institución en el Cuadro de Honor. Se entrega Diploma de Honor y reconocimiento en Reunión de evaluación de año de Equipo Directivo.
Apoyar la regulación en la generación de Prediagnósticos	5. Tiempo promedio en detección de Patologías tiempo dependiente	∑ (Tiempos de detección de patología tiempo dependiente) /total de patologías tiempo dependiente	≤ 20 seg		Por criterios de Rendimiento y Condiciones Personales, se le asigna nota Sobresaliente en Informe de Desempeño en Calidad de la Labor Realizada, Conocimiento del Trabajo, Interés por el Trabajo y Capacidad para realizar trabajos en grupo.

De igual manera que con el esquema de incentivos de la Jefatura de Gestión clínica, los incentivos expuestos en la tabla N°91 y N°92 se asignarán a las Jefaturas de Regulación e Intervención, una vez que se cumplen las tres metas de los indicadores del tablero de control de la unidad de Regulación e Intervención. Estos incentivos tienen el mismo efecto en el encasillamiento para las bonificaciones en las cuales las calificaciones tienen injerencia.

Dado el enfoque que tienen los cargos, el alineamiento del Jefe de Gestión Clínica, es con la perspectiva usuario del Cuadro de Mando integral, mientras que las otras dos jefaturas se alinean con los tableros de control y las perspectivas de Usuario y Procesos internos.

Tabla 92: Esquema de Incentivos para el Jefe de Unidad de Intervención

Periodo Por Evaluar: Anual					
Perspectiva: Usuario y Procesos Internos			Objetivo: Cumplimiento Objetivos UEN		
Tipo de Incentivo: Reconocimiento, Calificaciones y Prioridad					
Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Incentivo	Articulador
Asegurar entrega de atenciones a toda la Comunidad	2. Porcentaje de no respuesta de intervención por falta de cobertura territorial.	(N° de no respuesta por falta de cobertura territorial/ total de no respuestas de intervención) *100	≤ 10 %	Nota de Mérito.	Se entrega anotación de mérito por el cumplimiento de los tres indicadores, de forma anual bajos los estándares establecidos, aportando al cumplimiento de las Estrategias Institucionales.
Disminuir tiempos de respuesta en procesos internos	4. Disminución de Tiempo promedio de Respuesta de equipo de intervención	((Tiempo promedio en T0 – Tiempo promedio en T1) / Tiempo promedio en T0) *100	≥ 10 %	Distinción de Excelencia funcionaria. Nota sobresaliente en 5 categorías en informe de Desempeño.	La Jefatura será destacados en el informe de Distinción de Excelencia funcionaria en Comunicaciones internas de la institución en el Cuadro de Honor. Se entrega Diploma de Honor y reconocimiento en Reunión de evaluación de año de Equipo Directivo.
Generar respuesta a las Emergencias	6. Nivel de respuesta a Patologías tiempo Dependientes.	(Total de respuesta de Intervención a Patologías tiempo dependientes/ Total de Patologías tiempo dependiente detectadas por el CR) *100	≥ 95 %		Por criterios de Rendimiento y Condiciones Personales, se le asigna nota Sobresaliente en Informe de Desempeño en Calidad de la Labor Realizada, Conocimiento del Trabajo, Interés por el Trabajo y Capacidad para realizar trabajos en grupo.

Existe una variable importante de resaltar y es que, tanto para la Regulación como la Intervención, el manejo de las **Patologías Tiempo Dependiente**, son fundamentales dentro de la gestión asistencial a nivel mundial, por eso se consideran dentro de los desempeños que estas Jefaturas.

Las mejoras en la gestión de las unidades de Regulación e Intervención dependen de estos cargos, siendo una pieza clave en la gestión del cambio que se pueda implementar en esta unidad.

6.4 Propuesta de Esquema de incentivos de Largo Plazo

Como existen limitaciones para la institución, en cuanto a bonificaciones económicas, las cuales depende de leyes específicas, que no son regulables de forma unilateral y lo que busca el SCG es alinear a la Institución con sus objetivos estratégicos, el Proyecto se hace responsable en la postura que debe existir en

gestionar una correlación entre el SCG y los indicadores de las diferentes leyes, a modo de entender que se debe focalizar los esfuerzos para el logro de los objetivos estratégicos institucionales.

Hay planes de compensación con incentivos de corto plazo y de largo plazo. Los planes primeros se basan en el desempeño en el año en curso; los segundos vinculan las compensaciones a los logros de mayor plazo y se relacionan con el precio de las acciones ordinarias de la empresa. (Anthony y Govindarajan, 2008, p 515).

Es fundamental que las compensaciones económicas hagan eco de los resultados futuros de la Institución, entendiendo que el SAMU Metropolitano es único en su figura legal, por lo que cumple con Metas por ley, diseñadas específicamente, existiendo una gran posibilidad de iniciar un proceso gestionado con el Ministerio de Salud, siguiendo la línea de posicionarse dentro de la Red.

6.4.1 Esquema de Metas de Desempeño Colectivo

En este nuevo esquema de Metas de Desempeño Colectivo, se deben tomar KPI generados en el CMI, para reemplazarlos por los indicadores ya existentes, en un gesto de alinear los objetivos estratégicos con las bonificaciones existentes desde el Gobierno central. La elección de estos indicadores agrupa mucho el trabajo en conjunto, la calidad de servicio y en algunos casos niveles más altos que los establecidos en el otro modelo, para motivar el cambio cultural.

Como estas metas son colectivas, no se usarán los tableros, para así dejar el desempeño personal, en la modalidad de reconocimientos personales y buscar incorporar el SCG, en específico alguno *KPI* del CMI, dentro del proceso de entrega de bonos por el desempeño de los funcionarios.

Con esta gestión a nivel ministerial, que reemplaza los indicadores de las Metas de Desempeño Colectivo por algunos de los indicadores del CMI en la tabla N°96, desarrollados en el Proyecto, se está utilizando el único recurso monetario existente para la compensación de un desempeño esperado, junto con los objetivos estratégicos de la institución.

En indicador N°6 de la tabla N°96, es transversal a todas las instituciones de Gobierno, por lo cual no es posible generar un cambio, por eso es contemplado sin cambios.

Tabla 93: Propuesta de Indicadores para Metas de Desempeño Colectivo

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición
1. Índice de Satisfacción usuaria.	(Pacientes atendidos que evaluaron el servicio con nota 4 o superior/ Total de Pacientes encuestados) *100	≥ 75%	Mensual
2. Nivel de reclamos por atenciones SAMU	(N° de reclamos / total de solicitudes telefónicas) *100	≥ 5%	
3. Llamadas perdidas mensuales.	(Total de llamadas perdidas / Total de llamadas que ringaron) *100	≤ 5%	
4. Tiempo promedio de espera de llamadas.	\sum (Tiempos de espera en llamadas Telefónicas) /total de llamadas telefónicas con tiempo de espera	≤ 5 seg	
5. Nivel de respuesta a Patologías tiempo Dependientes.	(Total de respuesta de Intervención a Patologías tiempo dependientes/ Total de Patologías tiempo dependiente detectadas por el CR) *100	≥ 95%	
6. Porcentaje de funcionarios con capacitaciones.	(Número de funcionarios con capacitaciones de / Total de funcionarios) *100	≥ 50%	Anual Indicador Nacional

Fuente: Elaboración propia

6.4.2 Esquema de Metas de Productividad

En el caso de las metas de productividad, de igual manera que en el punto de las metas de desempeño colectivo, se debe presentar una modificación a los indicadores, pero en este caso, se deben mezclar indicadores del CMI e indicadores de los tableros de control de las unidades de Regulación e Intervención, para afectar la conducta de los médicos reguladores e interventores, saliendo del esquema propuesto a nivel central, basado solo en calidad de registros.

Tabla 94: Propuesta de indicadores para Metas de Productividad

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición
1. Porcentaje de Triage concordantes entre la Regulación y sistema TIC.	(Total de evaluaciones de concordancia en la realización del Triage /Total de Triage) *100	≥ 70%	Mensual
2. Porcentaje de prediagnósticos concordantes entre la Regulación e Intervención.	(Total de evaluaciones de concordancia entre Prediagnósticos /Total de Prediagnósticos) *101	≥ 90%	
3. Tiempo promedio de clasificación de solicitud	\sum (Tiempos de clasificación de solicitud) /total de solicitudes clasificadas	≤ 60 seg	
4. Nivel de respuesta a Patologías tiempo Dependientes.	(Total de respuesta de Intervención a Patologías tiempo dependientes/ Total de Patologías tiempo dependiente detectadas por el CR) *100	≥ 95%	
5. Nivel de respuesta a Patologías tiempo Dependientes.	(Total de respuesta de Intervención a Patologías tiempo dependientes/ Total de Patologías tiempo dependiente detectadas por el CR) *100	≥ 95%	
6. Tiempo promedio en detección de Patologías tiempo dependiente	\sum (Tiempos de detección de patología tiempo dependiente) /total de patologías tiempo dependiente	≤ 20 seg	

Fuente: Elaboración propia

Es importante de igual manera que en la idea anterior, incorporar el SCG en las bonificaciones percibidas por los médicos de esta Ley, para perseguir el cumplimiento de los objetivos institucionales, como lo muestra la tabla N° 97.

El esfuerzo para el cumplimiento de las metas de productividad debe apalancar el proceso de incorporación del SCG con las bonificaciones que emanan de decisiones centrales, utilizando las herramientas ya existentes para el logro de los objetivos estratégicos.

Como se ha demostrado en este capítulo, la libertad de acción para generar esquemas de incentivos acordes a los objetivos es muy limitada, incluso el lograr cambiar las metas, por algunas que son atingentes a los objetivos de la Institución, puede ser un gran desafío, por eso es fundamental en este proceso, que el MINSAL entienda el real alcance de esta institución nueva dentro de su red asistencial.

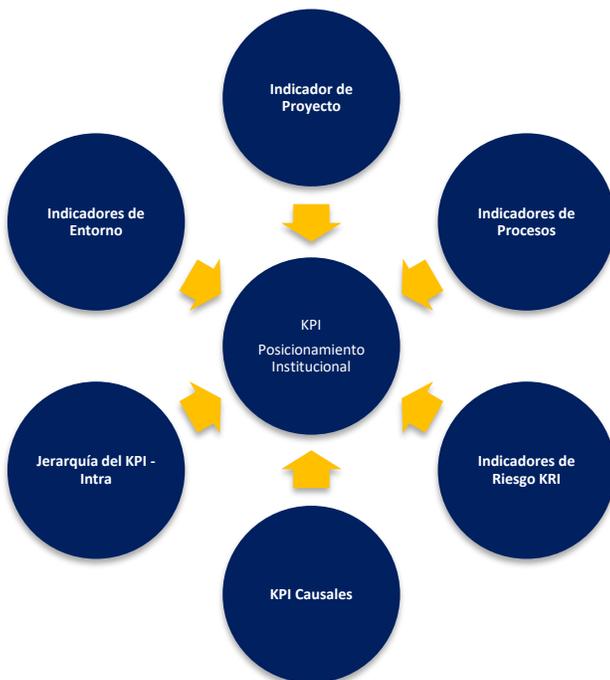
En el próximo capítulo, se desarrollará el Modelo de Análisis de Desempeño, en donde se darán relaciones importantes para el análisis del desempeño de los indicadores y el comportamiento e interrelaciones con otras variables relevantes para el cumplimiento de los objetivos.

CAPÍTULO 7. ANÁLISIS DE DESEMPEÑO

En el siguiente capítulo, se desarrollará el Modelo de Análisis de Desempeño (MAD), que busca generar un sistema que permita de una forma sencilla y aplicable, la entrega de información relacionada a la gestión de la Institución y que evidencie las desviaciones de desempeño, interrelacionándolo con otros aspectos medidos por indicadores causales, que explican su comportamiento.

En el caso del SAMU Metropolitano, se debe tener claro, que es una Institución que no cuenta con políticas de Control de Gestión, entendiendo que este MAD, será un intento de la lógica detrás del análisis del desempeño que se busca implementar en este Proyecto, para lograr desmitificar que los objetivos son tareas, sino son logros concretos y medibles.

Figura 29: Modelo MAD para SAMU Metropolitano



Fuente: Elaboración propia

El análisis del MAD busca centralizar la metodología en el desempeño de las personas para el logro de los desempeños estratégicos de la Institución, el principal problema del Sistema de Control de Gestión.

Según el profesor Aldo Caprile, del Magister de Control de Gestión de la Universidad de Chile, 2019, planificar, organizar, dirigir y controlar, son parte fundamental de la gestión del rendimiento, que focalizan la mirada en el desempeño de la organización, para la evaluación de los esfuerzos y el logro de los objetivos, pudiendo cuantificar los cumplimientos o los factores que no permiten el llegar a los niveles establecidos, para mejoras futuras.

Para el desarrollo del MAD, se han elegido 3 de los patrones señalados en esta metodología:

- Análisis Jerarquía del KPI (intra).
- Relación de procesos.
- Indicadores de proyectos.

7.1. Modelo de análisis del desempeño

Basado en el Proyecto desarrollada, para el Modelo de análisis de desempeño, se tomará un indicador del CMI, basado en el desconocimiento que existe en la Institución, de lo que significa en su totalidad, un SCG, siendo vital para la incorporación que todas las iniciativas utilicen al CMI como referencia.

Tabla 95: Indicador CMI para desarrollo MAD

PERSPECTIVA DEL USUARIO					
Objetivo	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia medición	Iniciativa estratégica
Generar confianza en el Servicio Prehospitalario	3. Imagen de Confianza en Usuarios	Encuesta a ciudadanos de la Región, sin relacionar si fueron o no atendidos por el SAMU Metropolitano, consultando a que instituciones llamarían en caso de Urgencias o Emergencias.	2° lugar o superior	Semestral	(III) Plan de Posicionamiento Institucional (IV) Plan de Benchmarking

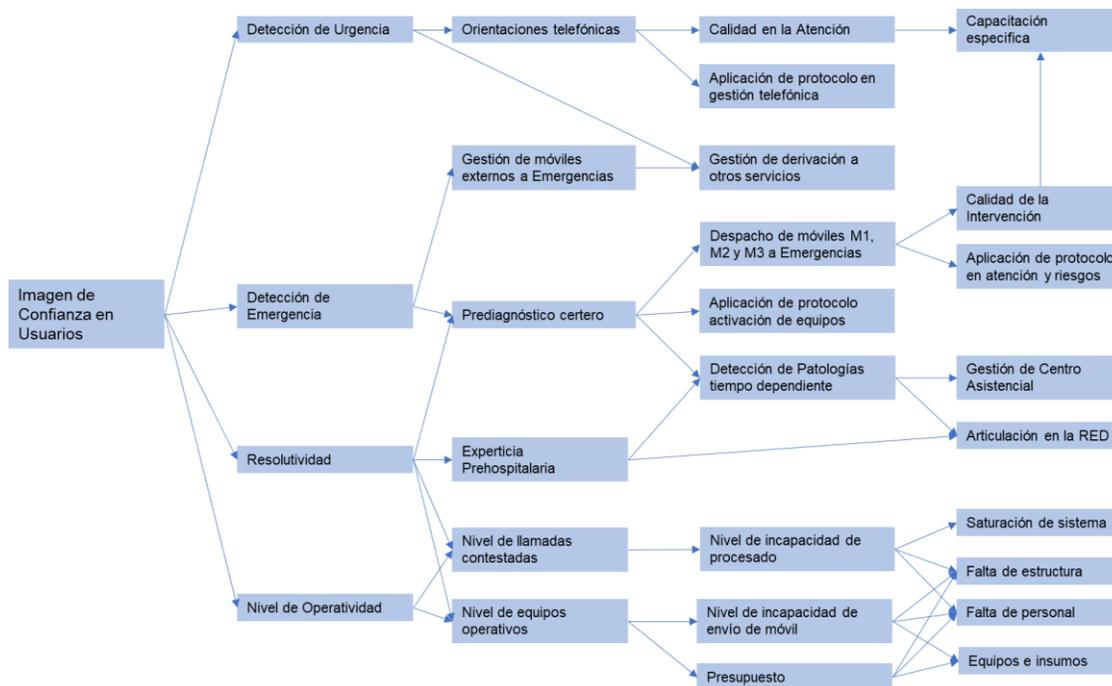
Fuente: Elaboración propia

El indicador elegido es el N°3 del CMI, señalado en la tabla N°98, con respecto a los índices de confianza de los habitantes de la RM en el SAMU Metropolitano, tomando como referencia la iniciativa estratégica III Plan de posicionamiento Institucional, que ha sido central en el análisis de este Proyecto.

7.1.1 Análisis de Jerarquía del KPI (intra)

Este análisis intenta generar la metodología del *Drilldown* o profundización del indicador madre, a una cadena de indicadores de menor jerarquía que van separando las diferentes variables que influyen en lograr este indicador.

Figura 30: Análisis de Jerarquía del KPI



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de Jerarquía queda de manifiesto que existen múltiples factores que van a afectar en la generación y logro del indicador analizado, incluso existiendo cruce de factores en líneas diferentes.

Aunque como se dijo, este Proyecto no se podrá desarrollar en detalle el análisis del MAD, por la inmadurez de información de la institución y control de gestión, se puede evidenciar que desde un KPI visualizado y diseñado para medir la posición del SAMU Metropolitano en su público objetivo, se va desde lo clínico a lo operativo, pasando por variables importantes como el presupuesto, la capacidad estructural de la institución, su conexión y relación con la Red asistencial y la misma experticia de la institución.

La llamada telefónica, detonante del servicio prehospitalario de este tipo, tiene un rol fundamental como puerta de entrada, no solo en el contenido de la llamada,

sino en la capacidad de procesar la demanda de la población, el nivel de clasificación o *Triage* que se puede realizar para reconocer si hablamos de una urgencia o de una emergencia, desencadenando los servicios que se han presentado en este Proyecto, la Gestión Telefónica con su orientación, el Traslado Primario o el Traslado Secundario.

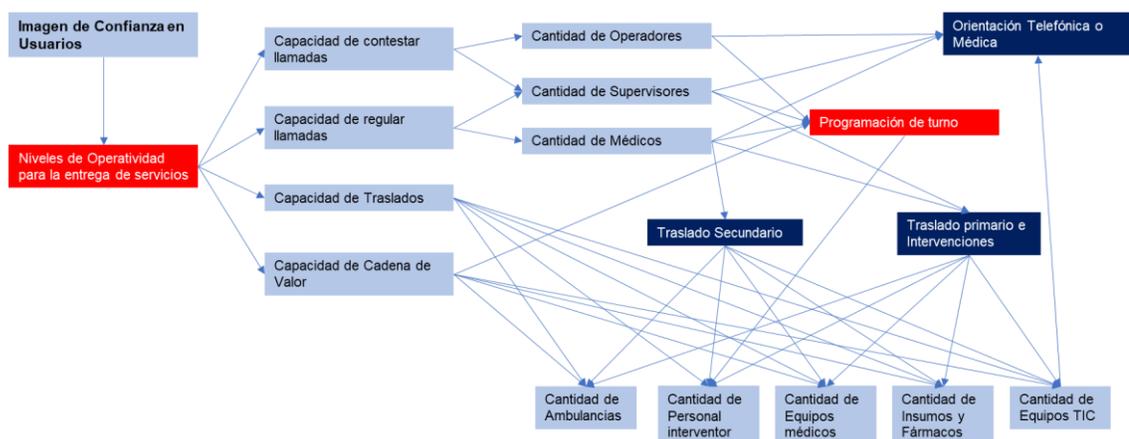
El cumplimiento de protocolos relacionados con la gestión telefónica y las intervenciones, se deben especificar en cada uno con sus estándares de calidad establecidos por la institución. Como se señaló, la percepción de las personas es fundamental al momento de la evaluación del servicio entregado, por consiguiente, tiempos como la espera de ser atendidos, generan una percepción desfavorable del servicio entregado.

7.1.2 Relación con procesos

Como se señaló en el punto anterior y durante todo el Proyecto, los tres servicios que entrega el SAMU Metropolitano están sostenidos por múltiples procesos transversales que son los que permiten que, durante 24 horas, los 7 días de la semana, todo el año, la atención prehospitalaria se pueda ejecutar.

Pero es aquí, en donde se pone en juego la propuesta de valor que se ha planteado en los capítulos antes desarrollados, base del SCG que se propone en este Proyecto.

Figura 31: Análisis de Relación de procesos

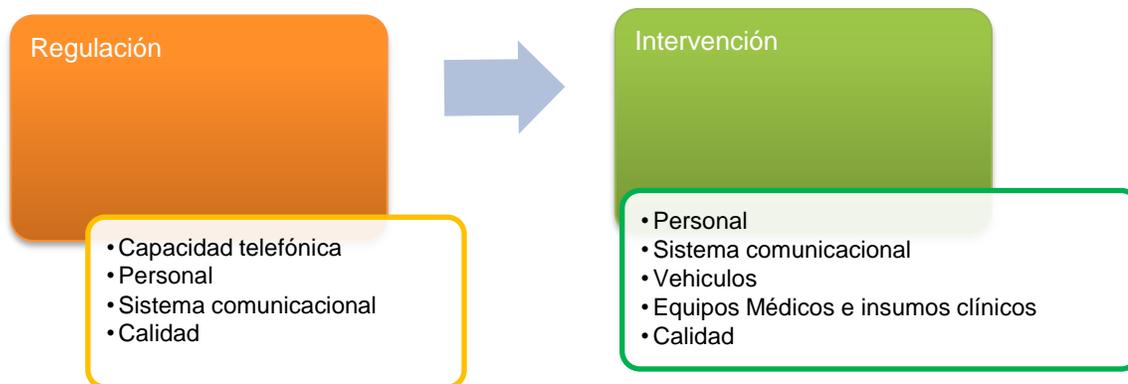


Fuente: Elaboración propia

Para entender cabalmente las relaciones de procesos, es fundamental recordar la Cadena de Valor, específicamente las tareas de apoyo, donde actividades

como la Gestión de recursos humanos, Gestión de flota, Comunicaciones, Abastecimiento y otras, se vuelven fundamentales en el desarrollo cotidiano de las actividades prehospitalarias.

Figura 32: Resumen en análisis de relación de procesos de figura 11



Fuente: Elaboración propia

Procesos como la Gestión de flota o sistema comunicacional e incluso el Personal, son no solo aristas del departamento de Gestión Clínica, sino también de las dos subdirecciones, administrativa y operaciones, que trabajan para mantener los procesos principales de la institución, operativos.

Es aquí, donde el pago de las remuneraciones es fundamental, existen otros puntos como personal de reemplazo, que son quienes deben apoyar a la institución, ante ausentismos programados o no programados, es una gestión fundamental para hablar de óptimos de servicios y satisfacción de la ciudadanía con el servicio prehospitalario.

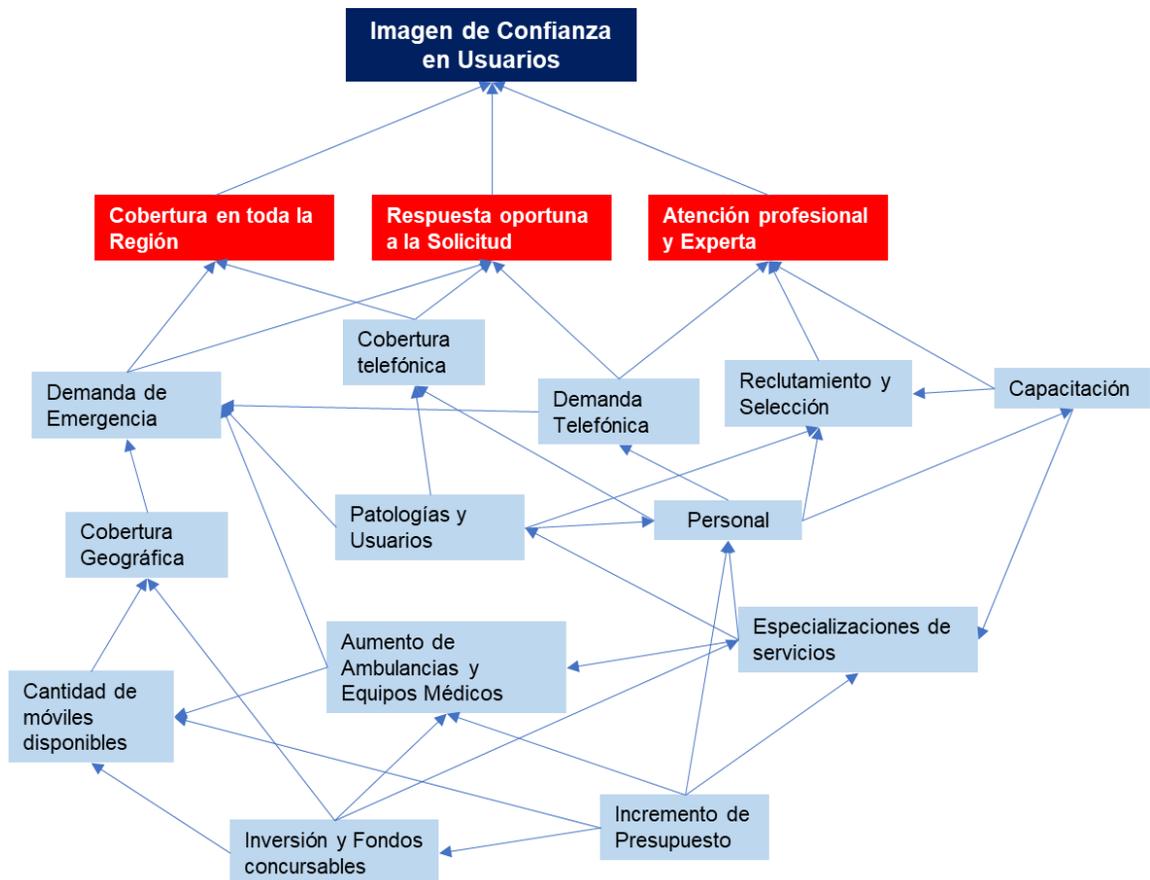
Los sistemas de comunicaciones, como se explicó en capítulos anteriores, no solo son el acceso de la población al 131, sino también las comunicaciones entre CR e Intervención y las comunicaciones con la Red Asistencial, que son los canales de información para la actividad prehospitalaria y así igual la Gestión de Flota, relacionada a la disponibilidad de vehículos.

7.1.3 Indicadores de proyectos

En el presente Proyecto, ya se ha planteado la relevancia que tiene la experiencia con los servicios de salud, para su posicionamiento en la Red Asistencial y para la confianza que otorgan los usuarios a este. Se recalco en capítulos anteriores, la importancia del reconocimiento ciudadano para conseguir el reconocimiento

del gobierno central, para lograr una visibilidad y posición en la Red Asistencial, que permitiría al SAMU Metropolitano, tener mayor control de su futuro y su rol articulador con todos los centros asistenciales de la Región.

Figura 33: Análisis de Indicadores de Proyectos



Fuente: Elaboración propia

Es de tal importancia entender esto, que todo indicador de proyectos debe cumplir con los siguientes estándares:

- a) Focalizarse en cumplir con una o más partes de la propuesta de valor de la institución, de lo contrario, los proyectos no aportarán a la Misión del SAMU Metropolitano y serán esfuerzos sin causa y motivación, alejando a la institución de sus objetivos estratégicos.
- b) Para el SAMU Metropolitano, todas las iniciativas que generen inversión deben contemplar el aumento de presupuesto futuro que se desprenderá

al realizar el proyecto. Por ejemplo, una ampliación de cantidad de ambulancias deberá obligatoriamente incorporar los costos futuros de mantenciones y consumos básicos para mantenerse operativo en el futuro.

- c) Existen múltiples aristas relacionadas unas con otras que deben siempre ser tomadas en cuenta, porque como variable solitaria solo generará frustración e ineficiencia. Por ejemplo, la inversión en vehículos para ambulancias debe ir acompañada de rotativa de funcionarios, compra de equipos médicos, aumento de presupuesto para factores tan obvios como la compra de insumos clínicos, uniformes o los programas de capacitación a los funcionarios, sistemas comunicacionales, inversión en bases y otros factores.

A continuación, siguiendo con la misma línea de desarrollo iniciada en este capítulo, se toma el indicador inicial del CMI y se construirá para el MAD, un reporte de desempeño, con ejemplos de indicadores ya construidos en este Proyecto.

7.2. Reporte de desempeño

De acuerdo el desarrollo de este Proyecto se ha confeccionado un reporte el cual tiene como objetivo ser realizado por Control de Gestión, para el Equipo Directivo, basado en la metodología del Modelo de Análisis de Desempeño, MAD, a modo de ejemplo.

Para seguir con la metodología del *DrillDown*, se han aplicado indicadores que, de acuerdo con los análisis anteriores, tienen incidencia en el KPI elegido.

1. Orientaciones Telefónicas evaluadas de acuerdo con pertinencia de resultado, fue elegido por tener directa relación con la experiencia que tienen todos los requirentes del servicio del 131, siendo la primera línea, marca como el SAMU se comunica y atiende a cada una de las urgencias que generaron la llamada y si se está realizando correctamente la labor prehospitalaria.

- Porcentaje de conformación de equipos de intervención, claramente va a generar la capacidad de respuesta que pone en juego la cobertura de la propuesta de valor, la cual es necesario ser cumplida a cabalidad. Si la propuesta de valor no se cumple, es imposible lograr que la ciudadanía confíe en el SAMU y si no hay equipos que enviar a las Emergencias, es imposible obtener la valoración que busca la institución.
- Porcentaje de conformación de turno de operadores del Centro Regulador, permite saber la capacidad de procesar la demanda telefónica, debido a que en los primeros 3 segundos de la llamada realizada por el requirente, la experiencia ya empieza a generar confianza en el sistema.

Es fundamental este punto, debido a que este indicador tiene profunda relación con la cantidad de llamadas contestadas y perdidas.

Figura 34: Diseño Reporte de Modelo de análisis de Desempeño Primer Semestre

Patrón	Nombre del indicador	Estándar		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Logro 1 Sem.
KPI	3. Imagen de Confianza en Usuarios.	≥ 2 $2 > X \geq 3$ < 3	 	1	2	3	3	2	1	2,0
Índice de Jerarquía	Orientaciones telefónicas evaluadas de acuerdo con pertinencia de resultado.	$\geq 90\%$ $90\% > X \geq 70\%$ $< 70\%$	 	35	48	21	39	42	46	77,0
				50	50	50	50	50	50	
Relación con procesos	Porcentaje de conformación de equipos de Intervención.	$\geq 95\%$ $95\% > X \geq 80\%$ $< 80\%$	 	2302	2176	2335	2313	2400	2314	98,0
				2418	2184	2418	2340	2418	2340	
Indicadores de proyectos	Tiempo promedio de respuesta a comunas sin BASE SAMU	≤ 30 min $30 < X \leq 40$ > 40 min	 	72318	56987	89574	85321	98754	102457	37,1
				2325	1904	2263	2310	2356	2460	
				31,1	29,9	39,6	36,9	41,9	41,6	

Fuente: Elaboración propia

- Tiempo promedio de respuesta a comunas sin Base SAMU, este indicador creado para este reporte, derivado de otros desarrollados en este Proyecto, busca focalizar si los proyectos de instalación de bases del SAMU cumplen con una premisa fundamental en las coberturas, el tiempo de respuesta.

El tiempo que una ambulancia demora en llegar al lugar del evento, es una característica medida en el sector prehospitalario, pero para el futuro de la institución, es bueno saber a qué comunas llegamos con mayor retraso, para reordenar las prioridades de proyectos, entre otros aspectos.

Figura 35: Diseño Reporte de Modelo de análisis de Desempeño Segundo Semestre

Patrón	Nombre del indicador	Estándar	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Logro 2 Sem.	Logro Anual	Meta
KPI	3. Imagen de Confianza en Usuarios.	≥ 2 $2 > X \geq 3$ < 3									
			1	2	3	3	1	2	2,0	2,0	≥ 2
Índice de Jerarquía	Orientaciones telefónicas evaluadas de acuerdo con pertinencia de resultado.	$\geq 90\%$ $90\% > X \geq 70\%$ < 70%	41	38	29	37	49	43	79,0	78,0	$\geq 90\%$
			50	50	50	50	50	50			
Relación con procesos	Porcentaje de conformación de equipos de Intervención.	$\geq 95\%$ $95\% > X \geq 80\%$ < 80%	2348	2396	2302	2346	2325	2359	98,1	98,1	$\geq 95\%$
	Porcentaje de conformación de turno de operadores del Centro Regulador.	$\geq 95\%$ $95\% > X \geq 80\%$ < 80%	2418	2418	2340	2418	2340	2418			
Indicadores de proyectos	Tiempo promedio de respuesta a comunas sin BASE SAMU	≤ 30 min $30 < X \leq 40$ > 40 min	168547	148756	113254	97564	76845	69875	46,8	42,1	≤ 30 min
			2852	2728	2280	2139	2130	2294			
			59,1	54,5	49,7	45,6	36,1	30,5			

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo con la metodología *Drill Down*, se va a profundizar en el indicador de conformación de equipos de intervención, separándolos por M1, M2 y M3, para demostrar que el MAD, debe ser capaz de ir desagregando uno a uno los indicadores propuestos en todo el Proyecto.

Es este el motivo del análisis previo del MAD, demostrar que gran parte de las variables del SAMU Metropolitano repercuten en cómo se logran los objetivos estratégicos.

Figura 36: DrillDown de Conformación de equipos de Intervención

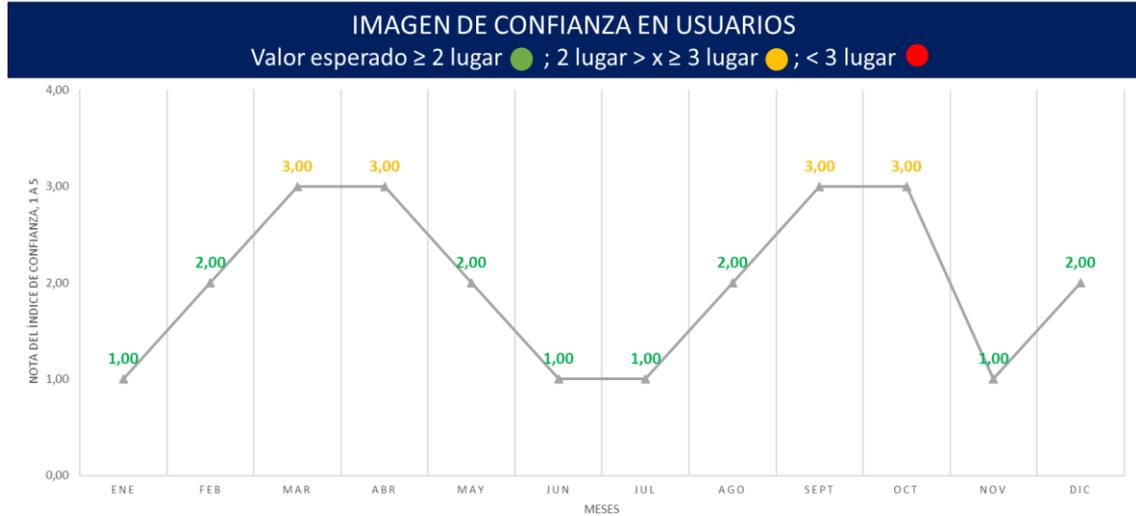
Nombre del indicador	Estándar	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Logro 1 Sem.	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Logro 2 Sem.	Logro Anual	Meta
Porcentaje de conformación de equipos M1 de Intervención.	$\geq 95\%$ $95\% > X \geq 80\%$ < 80%	1250	1229	1287	1301	1351	1302	96,9	1297	1348	1299	1301	1305	1309	97,1	97,0	$\geq 95\%$
		1364	1232	1364	1320	1364	1320		1364	1364	1320	1364	1320	1364			
Porcentaje de conformación de equipos M2 de Intervención.	$\geq 95\%$ $95\% > X \geq 80\%$ < 80%	990	892	986	952	987	952	99,4	990	986	943	987	960	989	99,4	99,4	$\geq 95\%$
		992	896	992	960	992	960		992	992	960	992	960	992			
Porcentaje de conformación de equipo M3 de Intervención.	$\geq 95\%$ $95\% > X \geq 80\%$ < 80%	62	55	62	60	62	60	99,7	61	62	60	58	60	61	98,4	99,0	$\geq 95\%$
		62	56	62	60	62	60		62	62	60	62	60	62			

Fuente: Elaboración propia

Adicional a los reportes, es fundamental mostrar comportamientos gráficos de los diferentes indicadores, ya sea en formato solitario como en la figura N° 37 o en

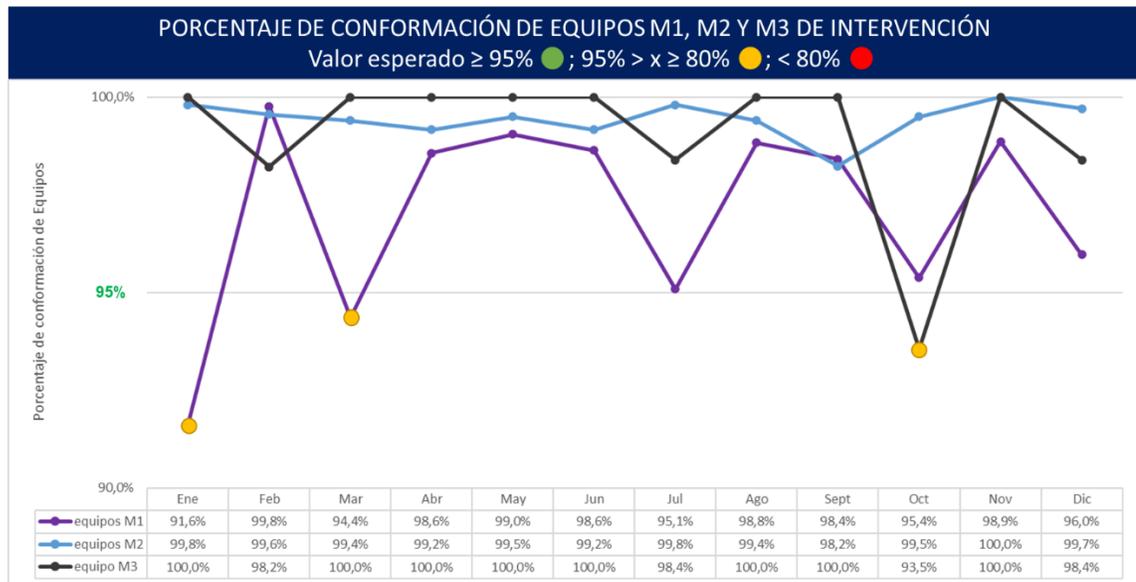
conjunto como en la figura N° 38, los cuales refuerzan las ideas que ellos sintetizan y explican visualmente los logros de la gestión realizada.

Figura 37: Modelo de grafico Índice de Confianza



Fuente: Elaboración propia

Figura 38: Modelo de grafico Porcentaje de conformación de equipos M1, M2 y M3



Fuente: Elaboración propia

7.3. Proceso de análisis y revisión del desempeño

El proceso de análisis no solo debe ser conformado por el equipo de la Subdirección médica, donde se encuentra la UEN, Gestión Clínica, sino también debe incluir a otros actores como Control de Gestión, Planificación, Capacitación, Gestión de las Personas y Comunicaciones como mínimo, para realizar un análisis global sobre el cumplimiento del objetivo de los KPI y cómo se pueden mejorar los desempeños en los indicadores que afectan estos resultados.

Por la relevancia que tiene el Indicador Central escogido, las reportarías deben tener una frecuencia semestral, generando mesas de análisis, para ejecutar los planes de mejora que sean necesarios y modificar los desempeños a niveles locales y generales.

Las reportarías semestrales deben ir desde Control de Gestión a la Dirección, Subdirección Médica, Gestión Clínica y las unidades de Regulación e Intervención, para que vean en resultado de sus gestiones y pueden presentar los principales problemas para conseguir lograr mejorar los desempeños esperados.

En las reuniones, las unidades antes mencionadas como Control de Gestión, Planificación, Capacitación, Gestión de las Personas y Comunicaciones deben escuchar y analizar la presentación de Gestión Clínica para luego, desde sus posibilidades, presentar programas de apoyo para la mejora en la gestión para encaminar a la institución en el logro de su objetivo estratégico.

Todas las reuniones tienen que terminar con un calendario de compromisos con fechas y cumplimientos claros, que permitan llegar a la siguiente reunión con planes ejecutados y con el análisis de los resultados o el avance de estos planes de mejora en la gestión.

7.4. Justificación modelo y proceso de análisis del desempeño

El Modelo de Análisis de Desempeño permite a la institución una mirada en profundidad e interrelacionada sobre su trayecto en el logro de los objetivos establecidos en su SCG, interconectando el desempeño local y focalizado con el desempeño colectivo.

Al revisar los cumplimientos interrelacionados, se hace participe a las unidades que se sienten agendas a la UEN junto con sus resultados, y se remarca la importancia de entender el desempeño colectivo y cómo la cooperación no solo genera buenos resultados en los niveles locales cuando se resuelven los problemas internos, sino que también entre unidades, el apoyo constante en la búsqueda del logro de los objetivos beneficia a la Institución y a la población de la región metropolitana.

Durante toda el Proyecto se ha analizado al SAMU Metropolitano, dejando en claro la mayor cantidad de puntos posibles para obtener un análisis que pueda mostrar su realidad. Para esto, el MAD se hace responsable de interrelacionar los esfuerzos que realizan los funcionarios y cómo se direccionan en aquellos aspectos que están coartando el conseguir los objetivos y claramente no permiten que se pueda cumplir la propuesta de valor ni nada de los otros puntos desarrollados.

Se debe entender que en la relativa juventud administrativa del SAMU Metropolitano se deben iniciar sus procesos, introduciendo la motivación como foco central, y construir la cultura de la reportaría, la medición del desempeño y fijar pequeños desafíos, que permitan ir apalancando el proceso de desarrollo de un mapa estratégico, la creación de un CMI y sus posteriores desarrollos como los tableros de Control y de Gestión, en una institución que la cultura del control mínimo esta inserta desde su inicio.

Este análisis Clínico-Administrativo potenciará las mejoras en los estándares Clínicos que siempre se busca poder implementar, debido a la generación de un esqueleto de medición y análisis que apoyará la creación de músculos que irán dando forma a un cuerpo robusto, pero no exento de problemáticas, que serán trabajadas en el correr del tiempo y en la medida que se vaya perfeccionando la ejecución del sistema.

Es fundamental que se entienda que el SAMU Metropolitano como todas los organismo, instituciones y empresas, no pueden incorporar de un día para otro, todo el SCG. Su aplicación debe ser gradual, pensado cómo se mediaría un proyecto, programando con objetivos y etapas el cómo se incorporará el SCG a la institución y como se deben ir cumpliendo las diferentes etapas para avanzar hasta terminar la incorporación del SCG en su totalidad, indexándolo al ADN cultural de la institución.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

Este Proyecto planteó desde el capítulo N°1, como objetivo general el desarrollar un Sistema de Control de Gestión para el SAMU Metropolitano, específicamente su unidad estratégica de negocios, el Departamento de Gestión Clínica, compuesto por sus dos unidades: Regulación e Intervención.

Gracias a la recopilación del conocimiento de este Proyecto se logra esquematizar en forma ordenada, coherente y bajo modelos reconocidos en el mundo de la administración y gestión, los años de trayectoria del SAMU Metropolitano, analizando su forma y presentando un punto de comparación con otras instituciones de salud pública, permitiendo un desarrollo que no solo genera una propuesta de Sistema de Control de Gestión, sino a la vez un testimonio formal de este periodo de tiempo para la Institución.

En la generación del Proyecto, fue necesario analizar definiciones existentes y generar nuevas propuestas de estas mismas, coherentes con los objetivos institucionales, las cuales son la materia prima para el desarrollo del Sistema del Control de Gestión.

Gran parte de las herramientas desarrolladas en este Proyecto, no existen actualmente aplicadas en la organización de manera formal e informal, siendo un aporte para el SAMU Metropolitano, la aplicación de la metodología utilizada, trabajadas en el Magister de Control de Gestión de la Universidad de Chile, entendiéndose que para la mayor parte de los capítulos, no existen referencias previas para la comparación y el análisis, a nivel nacional, lo cual exigió aplicar una mirada crítica, que a la vez generará un aporte para subsanar las falencias en la naturaleza de creación del SAMU Metropolitano, que hasta el día de hoy, presentan dificultad al ser abordadas desde una mirada distinta a la puramente clínica.

De esta manera, se diferencia a la Institución, de los otros servicios asistenciales extrahospitalario, y a la vez se deja claro que no responde a los comúnmente conocidos en la atención abierta y cerrada. Esto es necesario para borrar las múltiples imágenes preconcebidas, expresando con claridad las características del SAMU Metropolitano.

A la vez, se presenta al SAMU Metropolitano, de forma más comprensible para el requirente, paciente, mandante y otros miembros de la Red Asistencial,

entendiendo que la imagen Institucional también depende de cómo la ven los externos.

De esta manera, el Proyecto invita al SAMU Metropolitano a ser un ejemplo de institución pública exitosa, que, aunque no compita por rentabilidad, si lo debe hacer por la obtención de recursos de diferentes tipos, que la ayuden a mejorar sus servicios y gestión, la cual es considerada como una forma de competir.

El Proyecto, remarcó las particularidades propias de los aspectos macro, hasta lo más interno, demostrando que el SAMU Metropolitano tiene un amplio escenario de crecimiento en el área asistencial, en donde aún existe mucho por desarrollar dentro del mundo prehospitalario.

Es importante recalcar que, para todos estos procesos, la autodefinición es el primer paso que genera la posibilidad a la Institución, cuando implementa un Sistema de Control de Gestión, ser un miembro relevante dentro de los actores de la Salud, no solo pública, sino a nivel nacional e internacional.

Este Proyecto demuestra que los esfuerzos internos, deben alinearse en puntos establecidos y fijos, donde todas las medidas deben ir en una sola dirección, desde lo Administrativo a lo Asistencial. Con este planteamiento resuelto, la Propuesta de Valor generada para el SAMU Metropolitano, se logra bajo tres atributos alineados y coherentes con lo esperado para la búsqueda de la excelencia y valorado para generar la captura que permitirá la diferenciación.

Todo se logra, cohesionando las herramientas, alineadas por el Mapa Estratégico, se soportan una con otra para que en su conjunto y entendiendo las limitaciones Institucionales, pueda ser más fácil el introducir y generar el impacto buscado en el desempeño del SAMU Metropolitano, para lograr la Captura de Valor propuesta.

Finalmente, este Proyecto ha sido un esfuerzo por apoyar al SAMU Metropolitano en su camino hacia la madurez Institucional, señalando que:

- Se propone la modificación y actualización de creencias, coherentes con un contexto institucional.
- Se muestra la realidad actual, sin entrar en posturas condescendientes, sino en conciencia con una crítica constructiva.
- Se fortalecen posturas con fundamentos desarrollados, dejando de lado la improvisación y dando paso a la normalización y estandarización.

- Se remarca en cada punto que el éxito del Sistema de Control de Gestión depende directamente de la definición interna como Institución.
- Se generan objetivos y metas en favor de su desarrollo, tomando en cuenta su realidad y su futuro.
- Se identifica la importante labor del SAMU Metropolitano en la Red Asistencial y el prestigio que avala la riqueza de su personal, la imagen construida en el mundo de las Emergencias y los relevante para el futuro prehospitalario público del país.

En resumen, el presente Proyecto da cuenta de un contexto que hace necesaria la implementación de nuevos esquemas de gestión para el SAMU Metropolitano, y consecuentemente propone un modelo de gestión pertinente y aplicable para dicha unidad. Como líneas para futuras investigaciones surge la evaluación del modelo aplicado, así como su posible implementación en otras unidades.

8.1. Contribuciones del proyecto

El proyecto contribuye al SAMU Metropolitano de acuerdo con los puntos que se señalan a continuación a modo de resumen.

- El Proyecto, ante la falta de modelos comparables del SAMU Metropolitano, conocidos en el mundo de la administración, plantea y define en base al análisis, cuáles son los servicios que se entregan a la ciudadanía en los aspectos prehospitalaria:
 - Gestión Telefónica
 - Traslado Primario
 - Traslado Secundario
- El análisis de las Declaraciones Estratégicas actuales permitió redefinir con una mirada a futuro, que es el SAMU Metropolitano, en donde se debía configurar y generar una lectura fiel de la Institución, permitiendo que estos insumos para la motivación funcionaria, sean más fáciles de entender y apropiar por cada uno de los miembros, sin caer en malas interpretaciones y permitiendo generar el inicio de mediciones, necesarias para el Control de Gestión.

- Las herramientas utilizadas como el análisis PESTEL, cinco fuerzas de Michael Porter, el análisis de Recursos y Capacidades, el diseño de la Cadena de Valor y el desarrollo de un FODA, fueron primordiales para:
 - Recopilar información y entregar parámetros nuevos para el ambiente sanitario, específicamente el prehospitalario en donde el SAMU Metropolitano se desenvuelve.
 - Confeccionar, por primera vez, con metodología y formalidad conocida en la administración, una fotografía del mundo en que está inserto el SAMU Metropolitano.
 - Esquematizar los desafíos reales que se enfrentarán para guiar al SAMU Metropolitano para el cumplimiento de su Misión y Visión.
- El Proyecto plantea el análisis de las Cinco fuerzas de Michael Porter, como un mapa más profundo en la visualización de una institución pública. Entendiendo que metodológicamente es una herramienta basada en estrategias comerciales, el Proyecto deja de manifiesto que el financiamiento y los recursos financieros, son el estado basal que permite la operatividad, la diferenciación y la incorporación de una mirada más competitiva del entorno, es fundamental para la captura de valor por parte del SAMU Metropolitano, siendo necesario buscar y forzar el ejercicio de las fuerzas de la “Industria prehospitalaria” para:
 - Encontrar de forma real a servicios percibidos como similares, para diferenciarse y capturar oportunidades.
 - Aprender de otros servicios que resolvieron problemáticas similares, para generar crecimiento y mitigar amenazas.
 - Conocer que oportunidades o amenazas radican en el área sanitaria, pública o privada.
- El análisis FODA fue desarrollado consolidando cada uno de los análisis previos, generando una unificación detallada y consolidada de las principales y más relevantes observaciones descubiertas, remarcando:
 - Qué se ha realizado bien, generando sus fortalezas, en algunos casos desconocidas.
 - Cuáles son las tareas pendientes para lograr fortalecer su postura en el ámbito de la Red Asistencial.
 - Dónde debe dirigir sus esfuerzos para lograr el crecimiento y maduración Institucional.
 - Qué eventos le afectan claramente en la consolidación del servicio prehospitalario en la Red Asistencial y la Región.

- La generación de la Propuesta de Valor abrió una nueva instancia para el Proyecto, de nutrir con nuevas miradas, recopilando la experiencia de otros miembros del SAMU Metropolitano, que conocen a la Institución desde ángulos complementarios, tanto en lo asistencial, como en el contacto con otros actores de la salud, para desarrollar el ejercicio de la Curva de Valor, la cual no tenía referencias en este ambiente.
- Así, la Curva de Valor, realiza y construye por primera vez, desde la experiencia con los requirentes, pacientes y mandantes, los parámetros más valorados, pero a la vez genera un doble ejercicio:
 - Generar cual es el nivel que se espera que el SAMU Metropolitano entregue.
 - Evaluar cual es el nivel real que entrega el SAMU Metropolitano.
- La formulación de la Estrategia aporta a destacar al SAMU Metropolitano como una Institución de naturaleza Asistencial, con un marcado rol Social, pocas veces declarado, pero entendido internamente por sus funcionarios, siendo fundamental gestionar la validación por parte de la población, dirigiendo sus esfuerzos de forma coherente con lo que se profesa ser, en donde nuevamente se demuestra que la diferenciación institucional en la Red Asistencial es un tema relevante.
- El desarrollo del Sistema de Control de Gestión con el Mapa Estratégico, el Cuadro de Mando Integral, los Tableros de Gestión y Control, el Esquema de Incentivos y el Modelo de Análisis de Desempeño, en todo momento se desarrollan pensando y entendiendo la naturaleza de la Institución, pero contruidos en base a los diferentes planteamientos desarrollos en el Proyecto, logrando:
 - Integrar la figura de la operatividad diaria y sus dificultades.
 - La realidad del servicio prehospitalario de Urgencia y Emergencia.
 - Las diferencias con un Centro Asistencial de atención Abierta y Cerrada.
- El Proyecto, en el desarrollo del Sistema de Control de Gestión, toma las similitudes propias del Organigrama, que muestra a todas las unidades, y los transforma en un referente para el desarrollo del Cuadro de Mando Integral, que vincula a todas en los Objetivos a seguir, fortaleciendo la cualidad alineadora del SCG.
- De igual manera, la Cadena de Valor, al establecer que la actividad “Financiera” es fundamental para permitir que todo el servicio opere adecuadamente, la perspectiva Financiera en un buen uso de los recursos y no en Indicadores reductores de costos.

- Los tableros de Gestión y Control desarrollados para las unidades de Regulación e Intervención, responden a la naturaleza de la Cadena de Mando propia de la UEN, diseñada en este Proyecto, en donde los tableros se inician en la Unidad de Regulación, generando una articulación con los tableros de la Unidad de Intervención, marcando esa dependencia jerárquica, y remarcando una vez más como la metodología del desdoblamiento, debía responder a la realidad operativa institucional, basado en que como muchas empresas exitosas, lograron buenos resultados, cuando modificaron y diseñaron Sistemas de Control de Gestión acordes a sus realidades, y no de forma genérica.
- El Proyecto genera ideas base para analizar la gestión del trabajo del SCG, al desarrollar el Modelo de Análisis de Desempeño (MAD), donde se ejemplifica que los esfuerzos de cada iniciativa de medición implementada están interconectados con otros rendimientos por:
 - Deben estar alineada a los objetivos Institucionales, para aumentar los resultados que pueden generar cuando sean incorporados los parámetros.
 - El MAD, se transforma en una herramienta que vincula los procesos, no solo de las unidades que forman la UEN, sino de todo el SAMU.
 - Deben mostrar las diferentes interrelaciones que facilitarán los análisis, mediante drilldown entre indicadores, necesarios para el futuro.
- Este Proyecto, de acuerdo con el estudio de diferentes autores y profesores del Magister de Control de Gestión, toma una particular postura con dos aspectos fundamentales en las instituciones asistenciales:
 - El Riesgo.
 - La Calidad.

8.2. Limitaciones del proyecto

El proyecto como se planteó desde un principio tiene limitaciones en las cuales el SAMU Metropolitano tendrá que trabajar para subsanarlas.

- Aunque el diseño desarrollado del SCG, en el Proyecto se muestra completo, de acuerdo con la metodología planteada, de acuerdo con las limitaciones expresadas, es fundamental remarcar que:
 - La cultura institucional será el punto de resistencia más fuerte a enfrentar y es la que podría generar el total fracaso de la implementación del Sistema de Control de Gestión propuesto.
 - Es necesario generar una planificación específica para la incorporación del SCG en la institución, que es igual de compleja que este Proyecto.

Este último punto, debe ser diseñado tomando en cuenta que debe existir una gradualidad de etapas, en donde no solo es imperante dar pie a todas las iniciativas señaladas para la Unidad Estratégica de Negocio, sino, además, se debe ver al SAMU Metropolitano con todas sus unidades, para generar los cambios y las sinergias, para derribar toda rivalidad y resistencia existente y evitar desajustes que lleven al fracaso al SCG. Es necesario destacar que el objetivo de este Proyecto no considera la implementación, tarea tan compleja como el diseño del SCG.

- Asimismo, es importante destacar la necesidad de potenciar el Sistema de Control de Gestión y las normativas vigentes que permiten generar los Esquemas de Incentivos necesarios, tomando los existentes para fortalecer los cambios en la Institución.
 - Las iniciativas de Corto y Largo plazo responden a la capacidad de implementación de nuevas acciones en la Institución y evitar la fuga de talentos existentes entre las filas de funcionarios, mediante un esquema de incentivos múltiples y dirigidos para que, mediante el reconocimiento, se logre la motivación y el alineamiento de las conductas.
- Así como los incentivos monetarios, derivados en metas y evaluaciones, por su complejidad son materia de otras investigaciones, pero es fundamental tener una política de reconocimientos, como se presenta en este Proyecto, la cual busca aportar de un área aplicable en la Institución, medidas para la incorporación del SCG.
- Los incentivos, en sus diferentes tipos, deben ser el pilar base para lograr intervenir la cultura existente, apalancando los cambios, con una clara política de reconocimiento constante a los funcionarios, debido a que son la principal fortaleza, siendo modelos de ejemplo y motivadores dentro de

las filas del SAMU Metropolitano, fundamentales para la medición de la Gestión y la mejora en la atención.

- Las definiciones que se realizan a nivel Ministerial deben ser potenciadores de la Institución y no perderse en miradas ajenas a la realidad. Es aquí donde los esfuerzos del SAMU Metropolitano deben ser direccionados en lograr el desarrollo y entendimiento en la Autoridad Central, cuál es su Misión, Visión y objetivos y hacer sentido en ellas, diferenciándose de los otros servicios asistenciales, de forma efectiva, generando mejoras sustanciales en la construcción de la imagen del SAMU Metropolitano.

BIBLIOGRAFÍA

- American Heart Association, AHA, (2018). *CPR & First Aid, Emergency Cardiovascular Care*. USA. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.heart.org>
- Alcántara, G (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Anthony, R., y Govindarajan, V., (2008). *Sistemas de control de gestión* (12ª ed). México: McGraw Hill.
- Ardiles, J., (2012). *De empresa y Estrategia: Ideas y Casos*. Santiago, Chile.
- Bachelet, M., (2013). *Programa de gobierno 2014-2018*. Chile. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.subdere.gov.cl>.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, (2012). *Ley 20.584*. Chile. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.Leychile.cl>.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, (2012). *Ley 20.584*. Chile. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.Leychile.cl>.
- Bomberos de Chile, (19 de febrero de 2019). *Quiénes Somos, sección misión y visión*. Chile. Recuperado de <http://www.bomberos.cl>
- Bruni, R., Del Aguila, R., Vanella, O., y Taborda, R., (2011). *Análisis comparativo de normativa aplicable a ambulancias terrestres en América latina*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Carabineros de Chile, (19 de febrero de 2019). *Misión y Visión*. Chile. Recuperado de <http://www.carabineros.cl>
- Chan Kim, W., y Maubornagne, R., (2005). *La estrategia del océano azul*. Colombia: Editorial Norma S.A.
- Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria, SAMU Metropolitano, (22 de octubre de 2018a). *Historia del SAMU Metropolitano*. Chile. Recuperado de <http://www.samu.cl>

- Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria, SAMU Metropolitano, (22 de octubre de 2019b). *Misión y visión*. Chile. Recuperado de <http://www.samu.cl>
- CNN Chile, (13 de agosto de 2018). *Reportaje “Protestas contra el acuerdo nacional de salud por aumento de 2% en la cotización mensual con Fonasa plus”*. Chile. Recuperado de <http://www.cnnchile.com/pais>
- Collins, R., (2010). Paper “*A graphical method for exploring the business environment*”. Inglaterra.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, (2019). *Estándares y normativas*. Chile.
- Departamento de Extranjería y Migración, (14 de abril de 2019). *Estadísticas Migratorias*. Chile. Recuperado de <http://www.extranjeria.gob.cl>
- Diario Concepción, (27 de mayo de 2018). *Reportaje “Urgencia del hospital regional: ¿Colapso o mal uso del sistema?”*. Chile. Recuperado de <http://www.diarioconcepcion.cl>
- Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda, DIPRES, (2018). *Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2019*. Chile. Recuperado de <http://www.dipres.gob.cl> [Consultado: 15 septiembre 2021]
- Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda, DIPRES, (2019). *Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2020*. Chile. Recuperado de <http://www.dipres.gob.cl> [Consultado: 15 septiembre 2021]
- Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda, DIPRES, (2020). *Ley de Presupuestos 2021*. Chile. Recuperado de <http://www.dipres.gob.cl> [Consultado: 15 septiembre 2021]
- El Mostrador, (28 de marzo de 2018). *Reportaje “Nueva manifestación afuera del Ministerio de Salud por cambio en protocolo de objeción de conciencia de instituciones privadas”*. Chile. Recuperado de <http://www.elmostrador.cl>.
- European Commission, EC, (2021). *Strategy*. Unión Europea. Recuperado de <http://www.ec.europa.eu> [Consultado: 22 septiembre 2021]
- Instituto Nacional de Estadística, INE, (2019). *Censos de población y vivienda*. Chile. Recuperado de <http://www.ine.cl> [Consultado: 15 mayo 2019]

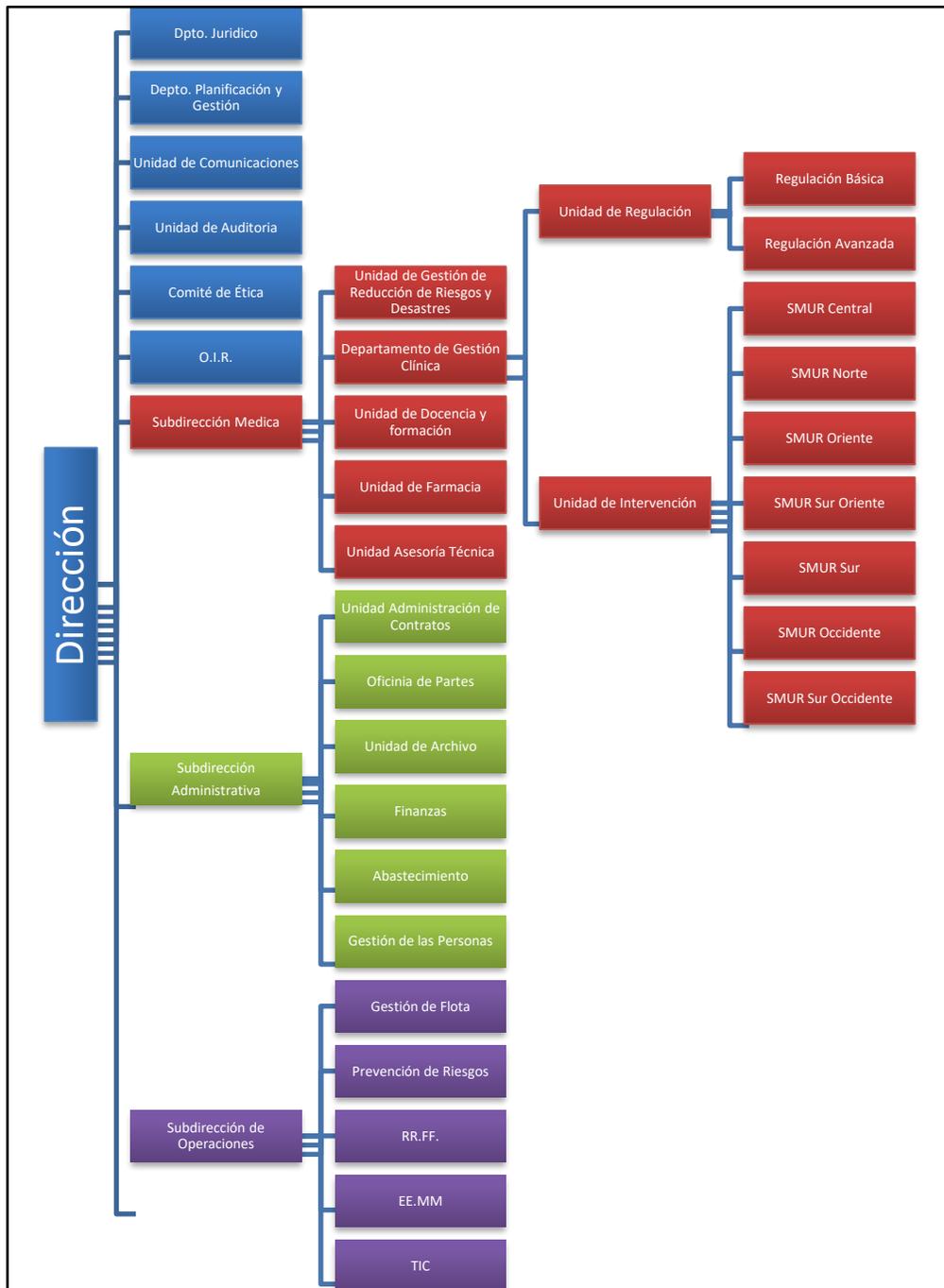
- Judgen, T., y Robbins, S., (2013). *Comportamiento organizacional* (15ª ed). México: Pearson.
- Kaplan, R., y Norton, D. (2004). *Mapas estratégicos: convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Barcelona: Gestión 2000.
- Kaplan, R., y Norton, D. (2008). *The execution premiun*. Buenos Aires: Temas grupo editorial.
- Kaplan, R., y Norton, D. (1996). *El cuadro de mando integral* (3ª ed). Barcelona: Gestión 2000.
- Kotler, P., y Keller, K., (2012). *Dirección de marketing* (14ª ed). México: Pearson.
- Kovacevid, A., y Reynoso, A. (2015). *El diamante de la excelencia organizacional* (2ª ed). México: Cengage Learning Editores.
- Ministerio de Hacienda, (2018). *Ley N° 18.834, Sobre Estatuto Administrativo*. Santiago de Chile.
- Ministerio del Interior y seguridad pública, (2017). *Decreto Exento N° 1434, aprueba plan nacional de emergencia*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud, Minsal, (2005). *Exenta N° 338, aprueba norma general técnica N° 17, sobre sistema de atención médica de urgencia*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud, Minsal, (2016). *Ley N° 19.664, Normas del Área de la Salud, Profesionales de la Salud, funcionarios de la Salud, Personal del Sector Salud, Establecimientos de Salud, Servicios de Salud*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud, Minsal, (2018). *Manual Series REM 2018, Departamento de Estadística e Información de Salud versión 1.2*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud, Minsal, (17 de abril de 2019). *Misión y visión*. Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl>
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Minsegespres, (2019). *Decreto 100, fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución política de la República de Chile*. Santiago de Chile.

- Montoya, O., (2008). *De la Técnica griega a la técnica occidental moderna*. Colombia: Revista Scientia et Technica año XIV, N° 39, Universidad Tecnológica de Pereira.
- Muñoz, G., (2017). *La Ficha clínica y la protección de datos de salud en Chile: jurisprudencia*. Santiago de Chile: Revista Chilena Salud Pública 2017.
- National Emergency Number Association, NENA, (2019). *Standards & Best Practice*. Estados Unidos. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.nena.org>
- National Emergency Number Association, NENA, (2018), *Master Glossary of 9-1-1 Terminology*. Estados Unidos. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.nena.org>
- National Emergency Number Association, NENA, (2019), *Master Glossary of 9-1-1 Terminology*. Estados Unidos. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.nena.org>
- Niven, P., (2003). *Balanced Scorecard step by step for government and non-profit agencies*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales*. Ginebra: Ediciones OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (15 de junio de 2019). *Temas de Salud*. Suiza. Recuperado de <http://www.WHO.int/es>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (21 de abril de 2020). *Cobertura Sanitaria Universal*. Suiza. Recuperado de http://www.WHO.int/universal_health_coverage/zh/
- Organización de Naciones Unidas, ONU (2013). *Sexagésimo séptimo periodo de sesiones, tema 123 del programa Salud Mundial y política exterior*. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.un.org/es>
- Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior, ONEMI, (2019). *Planes Nacionales*. Chile. [Archivo PDF] Recuperado de <http://www.onemi.gov.cl>

- Osterwalder, A., y Pigneur, Y., (2010). *Generación de Modelos de negocio* (16ª ed). Barcelona: Deusto.
- Piñera, S., (2017). *Programa de gobierno 2018 - 2022*. Chile. [Archivo PDF]
Recuperado de <http://www.sebastianpinera.cl>.
- Porter, M., (1982). *Estrategia competitiva: técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia* (1ª ed. revisada). México: Grupo editorial Patria.
- Porter, M., (1991). *Ventaja Competitiva: Creación y sostenimiento de un Desempeño Superior* (38ª ed). Argentina: Editorial REI.
- Sanguesa, M., Mateo, R., y Ilzarbe, L., (2019). *Teoría y Práctica de la Calidad* (2ª ed). Madrid: Ediciones Paraninfo.
- Superintendencia de Salud, Supersalud (2013). *Satisfacción y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria: Ranking de prestadores informe global*. Santiago de Chile.
- Servicio de Salud Metropolitano Central, SSMC, (17 de abril de 2019). *Misión, visión y funciones*. Chile. Recuperado de <http://www.ssmc.cl>
- Thompson, A., Strickland, A., Gamble, J., Peteraf, M., (2012). *Administración Estratégica* (18ª ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Universidad Andrés Bello, (2019). *IX Encuesta sobre el sistema de Salud chileno*. Santiago de Chile.

ANEXOS

ANEXO N°1: Organigrama Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria



ANEXO N°2: FODA Cuantitativo.

		O1	O2	O3		A1	A2	A3	
		5	3	4		5	4	3	
F1	4	4,5	3,5	4	4	4,5	4	3,5	4
F2	5	5	4	4,5	4,5	5	4,5	4	4,5
F3	3	4	3	3,5	3,5	4	3,5	3	3,5
		4,5	3,5	4		4,5	4	3,5	
D1	4	4,5	3,5	4	4	4,5	4	3,5	4
D2	5	5	4	4,5	4,5	5	4,5	4	4,5
D3	4	4,5	3,5	4	4	4,5	4	3,5	4
		4,7	3,7	4,2		4,7	4,2	3,7	

ANEXO N°3: Cantidad de atenciones por género, ordenados por comuna en julio de 2019

Comunas	Hombres	Mujeres	Comunas	Hombres	Mujeres
Alhué	1	0	Melipilla	62	46
Buín	45	46	Ñuñoa	65	81
Calera de Tango	2	0	Padre Hurtado	3	1
Cerrillos	33	25	Paine	18	12
Cerro Navia	58	53	P. Aguirre Cerda	35	45
Colina	30	25	Peñaflor	8	8
Conchalí	64	65	Peñalolén	40	27
Curacaví	42	42	Pirque	2	1
Lo Barnechea	0	0	Providencia	71	71
El Bosque	41	52	Pudahuel	88	66
El Monte	2	1	Puente Alto	143	156
Estación Central	119	91	Quilicura	7	5
Huechuraba	19	10	Quinta Normal	83	70
Independencia	60	56	Recoleta	89	74
La Cisterna	37	41	Renca	39	40
La Florida	128	127	San Bernardo	77	56
La Granja	39	35	San Joaquín	38	41
La Pintana	50	50	San José de Maipo	1	0
La Reina	37	25	San Miguel	55	58
Lampa	3	2	San Pedro	0	0
Las Condes	23	19	San Ramon	21	23
Lo Barnechea	3	3	Santiago	316	254
Lo Espejo	35	40	Talagante	7	8
Lo Prado	50	36	Til Til	0	4
Macul	56	43	Vitacura	11	8
Maipú	221	262	Sin Comuna	194	140
Cantidad de Hombres Atendidos				2.671	47,5%
Cantidad de Mujeres Atendidas				2.444	43,5%
Cantidad de Genero no Identificado Atendidos				509	9,1%
Cantidad de personas atendidas				5.624	100,0%

ANEXO N°4: Traslados y atenciones domiciliarias por comuna en julio de 2019

Comuna	Traslados Primarios y Secundarios	Atenciones en Domicilio	Comuna	Traslados Primarios y Secundarios	Atenciones en Domicilio
Alhué	1	0	Melipilla	92	22
Buin	73	34	Ñuñoa	90	74
Calera de Tango	1	2	Padre Hurtado	4	0
Cerrillos	39	21	Paine	20	17
Cerro Navia	63	54	Pedro Aguirre Cerda	55	31
Colina	43	18	Peñaflor	16	1
Conchalí	86	48	Peñalolén	56	23
Curacaví	59	33	Pirque	3	1
Lo Barnechea	0	0	Providencia	109	44
El Bosque	66	32	Pudahuel	104	56
El Monte	3	0	Puente Alto	199	135
Estación Central	148	70	Quilicura	9	4
Huechuraba	20	14	Quinta Normal	116	48
Independencia	88	32	Recoleta	114	54
La Cisterna	65	23	Renca	69	17
La Florida	202	89	San Bernardo	102	53
La Granja	65	20	San Joaquín	56	27
La Pintana	75	43	San José de Maipo	1	0
La Reina	49	22	San Miguel	83	38
Lampa	3	6	San Pedro	0	0
Las Condes	31	19	San Ramon	40	19
Lo Barnechea	5	2	Santiago	400	197
Lo Espejo	53	31	Talagante	14	1
Lo Prado	59	30	Til	3	1
Macul	83	32	Vitacura	15	7
Maipú	368	129	Sin Comuna	254	178
Cantidad de Traslados Primarios y Secundarios				3.772	67,1%
Cantidad de Atenciones Domiciliarias				1.852	32,9%
Cantidad Total de Atenciones y Traslados				5.624	100,0%