



# **“Proyecto de mejora para la gestión clínica del Servicio de Hospitalización Domiciliaria del Hospital El Carmen de Maipú”**

**Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de  
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**Alumno: Fabián Vásquez Valeria**

**Profesor guía: Cristian Rebolledo Díaz**

**Santiago, 16 de agosto de 2023**

## Tabla de contenido

<b>1. Antecedentes</b>	<b>3</b>
1.1. Contexto relevante para la intervención	3
1.2. Evolución y características más importantes de la situación actual	5
1.3. Datos cualitativos y cuantitativos disponibles	7
1.4. Metodología de diseño del proyecto	9
1.5. Identificación de actores del equipo de gestión del proyecto	11
<b>2. El problema</b>	<b>12</b>
2.1. Identificación de problemas	12
2.2. Priorización de problemas	14
2.3. Selección del problema	15
<b>3. Etapa analítica</b>	<b>16</b>
3.1. Análisis de involucrados	16
3.2. Análisis de problemas	18
3.3. Análisis de objetivos	21
3.4. Análisis de alternativas	24
<b>4. Etapa de planificación</b>	<b>26</b>
4.1. Matriz del Marco Lógico	26
4.2. Plan de ejecución de actividades	30
4.3. Estimación de costos del proyecto	35
<b>5. Discusión</b>	<b>37</b>
<b>6. Esquema de verificación de diseño del proyecto</b>	<b>40</b>
<b>7. Revisión de la literatura</b>	<b>42</b>
<b>8. Consideraciones éticas</b>	<b>43</b>
<b>9. Bibliografía</b>	<b>44</b>

## 1. Antecedentes

### 1.1. Contexto relevante para la intervención

Algo transversal a los sistemas de salud y aseguradores es la necesidad de optimizar el uso de sus recursos para dar la mejor atención posible con el menor gasto asociado: para esto se han utilizado múltiples estrategias a diferentes niveles, orientando esfuerzos en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la optimización de las atenciones, entre otros aspectos. A nivel hospitalario, los esfuerzos de gestión tienden en buena parte a optimizar la atención de los pacientes, tomando estrategias para descongestionar el uso del espacio físico del hospital, y tratando de completar los tratamientos requeridos por los pacientes en el menor tiempo posible, con el fin de disminuir al máximo los riesgos inherentes a la hospitalización para el paciente y el gasto asociado a estadías más prolongadas.

Para apoyar la gestión de las instituciones de salud se han desarrollado una serie de tecnologías que permiten llevar un registro cada vez más acabado y específico de las atenciones, entre las que destacan los sistemas de información en salud. La disposición de estos datos, sumado al desarrollo de la capacidad de análisis de grandes volúmenes de datos, ha permitido mejorar la eficiencia y la calidad de la atención, entregando cada vez mejores herramientas para la gestión.

Una herramienta desarrollada para la captación y análisis de datos clínicos que ha probado su efectividad es la clasificación en “grupos relacionados al diagnóstico” (GRD), que sistematiza la información clínica referida a los diagnósticos, complicaciones, comorbilidades, mortalidad esperada y características demográficas de los pacientes, asociándolos a las estadías hospitalarias que tienen, permitiendo obtener una serie de medidas útiles para conocer la gestión interna de un servicio clínico, de un hospital y de sus profesionales, y que además permite comparar los datos con otros centros, en un proceso denominado “benchmarking”. Su existencia data desde la década de 1970 en Estados Unidos, y se ha ido refinando y ampliando su uso para ser aplicable en diferentes sistemas de salud en el mundo. En Chile, el 2002 comenzó su aplicación a través de un proyecto Fondef en los hospitales Del Salvador y Barros Luco-Trudeau, y desde entonces fue progresivamente adoptándose en los hospitales del país, siendo impulsado como estrategia de financiamiento por el Ministerio de Salud (Minsal) (Santander Azar, Silvana. Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión., 2018).

El Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (HEC), ubicado en la comuna de Maipú, en la ciudad de Santiago de Chile, abrió sus puertas a la comunidad en diciembre del 2013, y desde entonces ha funcionado como el centro de atención de alta complejidad para todo el polo Maipú-Cerrillos del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). Desde su inauguración hasta la actualidad ha experimentado un constante proceso de complejización: aumentó su dotación de camas, desde tener 375 en su inauguración hasta 435 camas en enero de 2022; ha mejorado su disponibilidad de profesionales, cartera de

prestaciones y producción en las diferentes áreas clínicas y unidades de apoyo que funcionan en su interior, para asegurar un acceso cada vez mayor de su población a las prestaciones necesarias para mantener y mejorar su salud (Hospital El Carmen de Maipú, 2021). En línea con las directrices del Minsal, comenzó la implementación del sistema GRD desde el 2015 en los egresos de pacientes hospitalizados, agregándose la codificación de episodios del servicio de urgencias en el 2016, y la de egresos de hospitalización diurna en el 2017. Desde entonces a la actualidad ha logrado consolidar una base de datos robusta de su producción hospitalaria en estos 3 ámbitos (Inostroza Muñoz, Andrea. Sección GRD, 2021).

La pandemia del COVID-19 obligó a realizar una serie de modificaciones en la estructura interna del hospital para poder hacer frente a la demanda que se instaló en toda la cadena de atención, desde los servicios de urgencia hasta los servicios de hospitalizados en sus diferentes complejidades de cuidado (básico, intermedio y crítico), en concordancia con la realidad nacional y con las directrices establecidas por el Minsal dentro de los planes de contingencia desarrollados como parte de la estrategia nacional de manejo de la pandemia. Esta estrategia privilegió dos grandes pilares en el desarrollo hospitalario: la complejización de camas, en la que se reconvirtieron camas de cuidados básicos en intermedios e intermedios en críticos (Hospital El Carmen de Maipú, 2021), y la potenciación de los servicios de hospitalización domiciliaria, como método de descongestión tanto de los servicios de urgencias hospitalarios como de los servicios de hospitalizados.

Al iniciar el proceso de adaptación hospitalaria mandado por la autoridad sanitaria y obligado por la situación epidemiológica, se hizo patente la necesidad de revisar y adecuar el sistema de financiamiento hospitalario a esta nueva realidad, para asegurar la disponibilidad de recursos que permitiera realizar las adecuaciones requeridas tanto en infraestructura, personal como en operaciones, y así mantener el funcionamiento del hospital en la situación excepcional que se vivía.

Una de las grandes virtudes que resaltan del HEC es su concepción como un hospital moderno, de avanzada dentro de la red de salud pública, que busca mantenerse en constante mejora de la mano de los avances tecnológicos en todos los frentes posibles relacionados a la atención, la gestión y la producción de salud. Desde sus inicios se plantea como un “hospital sin papel”, contando con sistemas electrónicos de información para el registro clínico, laboratorio, radiología, la gestión de pacientes y operaciones, entre otros. Si bien el desarrollo tecnológico aún adolece de una integración o interoperabilidad entre los sistemas, la existencia de esta base tecnológica es fundamental para cualquier proyecto que busque sistematizar los procesos y contabilizar sus resultados de manera fidedigna.

## 1.2. Evolución y características más importantes de la situación actual

El financiamiento del HEC ha ido evolucionando en el tiempo según las directrices implementadas tanto por el Minsal como por el SSMC. Desde una forma de pago mixta entre el gasto histórico, denominado pago por prestaciones institucionales (PPI), y la producción institucional, llamado pago por prestaciones valoradas (PPV), en el 2020 se inició la implementación del pago asociado a egresos hospitalarios y de cirugía mayor ambulatoria (CMA) clasificados mediante el sistema de “Grupos relacionados al diagnóstico” (GRD), que pretenden llegar a ser la forma principal de financiamiento en el mediano plazo dentro de esta institución (Hospital El Carmen de Maipú, 2021).

Los GRD corresponden a un sistema de clasificación que agrupa los episodios de salud que viven los pacientes, y los distribuye en función de sus características clínicas y demográficas en grupos que, debido a sus semejanzas en diagnóstico y severidad, presentan un gasto de recursos que puede ser asimilable. Esta sistematización también considera las estancias de los pacientes, la realización de procedimientos quirúrgicos, la morbilidad y mortalidad asociada, y permite generar diferentes mediciones para comparar la productividad de la institución, los servicios y los profesionales que atienden en ella (Zapata M., 2018).

Una de las mediciones que se calcula es el peso relativo (PR) de cada egreso codificado por GRD, que informa sobre la complejidad que debe ser tratada en cada paciente que ha sido atendido, y que permite a las instituciones obtener indicadores que relacionen esta complejidad con la productividad en los diferentes niveles, agrupando los GRD de los egresos atendidos de forma de obtener medidas de peso medio (PM) GRD para cada institución, servicio, profesional y paciente. El HEC ha logrado aumentar su PM GRD desde un 0,9190 en 2018 (menor complejidad) a un 1,2776 en 2021 (mayor complejidad), lo que da cuenta de su proceso de complejización institucional, logrado a través de la inclusión de nuevas prestaciones disponibles para los pacientes atendidos ahí (Hospital El Carmen de Maipú, 2021).

Actualmente en Chile la implementación del sistema de GRD obedece a un fin de financiamiento principalmente, pues, como se mencionó previamente, su clasificación permite identificar a aquellos pacientes que compartan un nivel de gasto similar en su atención y agruparlos para lograr un financiamiento que sea más adecuado a la productividad real que tiene cada institución. Es importante mencionar que todas las mediciones que se realizan para clasificar cada egreso clínico en un GRD entregan mucha más información que la puramente financiera, pues repasan todo el proceso clínico de cada paciente y lo convierten en una codificación que permite su manejo con grandes volúmenes de datos, su agrupación en diferentes niveles y su comparación para encontrar brechas de mejora en la atención. También permite concentrar la información de pacientes a nivel regional o a nivel nacional, por ejemplo, para obtener un estándar de atención contra el cual comparar a las diferentes instituciones.

Lograr la implementación de un sistema de GRD en cada institución es un tema que debe ser impulsado activamente por la dirección de cada centro, pues es un esfuerzo mayor que impacta a varios niveles. Para la interpretación de las fichas clínicas y su clasificación en los GRD se hace necesario que haya un registro clínico que cumpla varios parámetros: debe acordarse un conjunto mínimo básico de datos administrativos y clínicos que tengan que estar necesariamente indicados en el registro de cada episodio, debe depurarse el contenido de las bases de datos ya existentes en el centro para asegurar la menor cantidad posible de errores y debe lograrse una codificación de diagnósticos y procedimientos de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades número 10 (CIE-10), alejándose de las codificaciones locales y los diagnósticos poco claros o confusos. Es de suma importancia también desarrollar una cultura organizacional en torno a un registro clínico preciso y completo orientado al sistema GRD, que permita sistematizar la lectura de la ficha clínica para obtener una adecuada estimación de la complejidad de cada paciente en cada episodio (Adolfo Llinás - Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, 2017).

Actualmente, dentro del HEC ya se encuentra implementada la codificación GRD para los episodios de pacientes hospitalizados en camas de dotación, pero existen servicios, como el de hospitalización domiciliaria (HDOM), que, aunque tienen un rol muy importante en la estrategia de descongestión de camas hospitalarias, no han iniciado los cambios necesarios para adoptar una estrategia de gestión clínica y financiamiento mediante GRD, por lo que en este ámbito se aprecia un foco importante de mejora.

### 1.3. Datos cualitativos y cuantitativos disponibles

Desde el inicio del acuerdo de gestión entre el HEC y el SSMC junto a FONASA, firmado el año 2020, hasta la fecha, se ha logrado sistematizar y codificar los episodios de atención de cada paciente que ha sido egresado bajo la modalidad de hospitalización tradicional (haciendo uso de camas de dotación) y de CMA, clasificándolos en sus respectivos GRD. La captura e interpretación de datos la realiza la sección de GRD de la Unidad de captura y procesamiento de información de la producción del hospital, dependiente del Departamento de planificación y evaluación de la gestión institucional, que es dependencia directa de la dirección del HEC (Hospital El Carmen de Maipú, 2022).

Según las cifras entregadas en el informe anual 2020 de análisis de gestión clínica y GRD del HEC y la información 2021 entregada por la unidad para este proyecto (Inostroza Muñoz, Andrea. Sección GRD, 2021), la institución contaba hasta 2021 con una base de datos acumulada desde el 2015 de 97.048 egresos hospitalarios, 13.486 egresos de CMA, 1.090 de hospitalización diurna y 6.914 atenciones de urgencias mayores a 24 hrs con destino fuera de la hospitalización. Para la acumulación de esta información se dispuso del programa Team Coder, especializado en el uso y análisis múltiple y continuo de datos clínicos y demográficos.

Dentro del análisis demográfico que se ha logrado con la implementación de esta codificación hasta el 2021, está una predominancia de la población femenina atendida en el HEC con un 61,18% de los egresos contabilizados el 2021, concentrada en el tramo de 15-44 años, con un 49,21% del total de mujeres para ese año. Sin embargo, la población masculina lidera en los indicadores de edad media, estancia media, complejidad, estancias prolongadas y fallecimientos, lo que habla del gasto en que incurre el hospital en estos pacientes, pues su mayor complejidad podría incluso compensar su menor número absoluto de egresos.

Otro dato importante a considerar es la calidad del registro clínico electrónico, donde se observa que al 2021 el 96,6% de los egresos cumplen con los requisitos necesarios (CMBD) y la documentación (epicrisis, protocolos operatorios, registro clínico diario) para ser completados, leídos y comprendidos según las lógicas de los GRD, lo que posibilita su correcta codificación para la posterior clasificación que se debe realizar de estos, asegurando de esta forma que los pagos a realizar sean los correspondientes a las prestaciones realizadas y las complejidades atendidas.

Durante el 2021 se registró un total del 21.408 egresos entre las diferentes modalidades de atención analizadas mediante GRD, lo que corresponde a un 12,3% más que el 2020, tras la caída de un 13,1% que hubo este año en comparación al 2019, así como se observó una estancia media bruta (EMB) en 2020 de 8,8 días, aumentando un 12,8% en relación al 2019. Estas cifras se deben interpretar en el contexto nacional vivido el 2020 por la pandemia del Covid-19, donde se registraron atenciones de mayor complejidad, que

prolongaron las estancias, ocupando más días-cama que finalmente impactaron también en la producción hospitalaria total.

Una medición que considera los factores externos previamente descritos es la de las unidades productivas de complejidad hospitalaria, que relaciona el número total de egresos en un nivel con el PM GRD del hospital evaluado. En el 2021 se presentó una productividad de 19.261 unidades de producción hospitalaria (UPH) para egresos hospitalarios, aumentando un 13,2% en relación al 2020. Esta cifra se entiende a la luz de la complejización que vivió la atención en el HEC, evidenciada en su PM GRD de egresos hospitalarios calculado en 1,2771, que le permitió mantener los niveles de productividad solicitados por la autoridad y demandados por la situación nacional.

#### 1.4. Metodología de diseño del proyecto

En el diseño de este proyecto se utilizó la metodología del Marco Lógico (ML), impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el diseño de proyectos, programas y planes en salud (Blaistein, Nora. Organización Panamericana de la Salud). El ML es una herramienta de planificación y gestión de proyectos que permite identificar y analizar los problemas, involucrados, objetivos, resultados, actividades, recursos y riesgos asociados a un proyecto, y establecer una estructura lógica y coherente para su implementación y evaluación.

La metodología del ML se basa en un análisis profundo de la situación en evaluación, con diferentes momentos que pueden adaptarse a la realidad del proyecto que se está trabajando, y que pueden ser modificadas a medida que avanza el análisis e incluso en la ejecución del proyecto. Es un modelo dinámico que busca identificar los problemas más importantes que impiden una situación ideal, sus causas y sus efectos, los actores involucrados, los objetivos que deben cumplirse y las opciones de mejora que se visualizan. Para lograr esta tarea se define un equipo de trabajo a cargo de llevar el proyecto, los que trabajan en conjunto para lograr un mejor análisis de la situación. El diseño se divide en dos etapas principales, que a su vez se subdividen en diferentes perspectivas de análisis que serán descritas a continuación:

- Etapa analítica: Busca lograr un análisis exhaustivo de la situación que quiere ser intervenida. Comprende una buena aproximación a lo que será la planificación del proyecto, y es importante evaluarla y modificarla según cómo se vaya desarrollando este, a fin de lograr un análisis lo más completo posible que permita la mejor propuesta de mejora. Se subdivide en subetapas:
  - Identificación y descripción del problema central: Para partir el análisis se identifican los diferentes problemas percibidos, se establece la línea de base de cada uno y se selecciona el problema central, luego de un ejercicio de priorización.
  - Análisis de involucrados: Busca indagar sobre los actores que podrían tener algún grado de participación en el desarrollo del proyecto, sus intereses en él, la injerencia que podrían llegar a tener, y sus participaciones como adherentes o detractores.
  - Análisis de problemas: Tras definir el problema central y sus involucrados, se profundiza en los problemas que se relacionan con el problema central, estableciendo relaciones causa-efecto entre ellos, buscando posibles caminos para sus posibles soluciones.
  - Análisis de objetivos: Establece cómo sería el escenario actual en el futuro si los problemas identificados fueran resueltos. A través de las relaciones

causa-efecto establecidas entre los problemas, se establecen relaciones medios-fin en los objetivos.

- o Análisis de alternativas: Identifica las diferentes soluciones que serían posibles de implementar para lograr llegar de los problemas a los objetivos, y selecciona aquellas en el campo de acción del equipo de trabajo.
- Etapa de planificación: Habiendo definido todos los conceptos de la etapa analítica y teniendo claridad sobre los objetivos a cumplir y las alternativas de solución, comienza la planificación del proyecto para lograr su ejecución.
  - o Confección de la matriz de ML: comprende el encadenamiento de los objetivos de forma jerárquica hasta las actividades planificadas, la definición de indicadores asociados a ellos para su seguimiento y evaluación, los medios para verificar el cumplimiento de los indicadores y los supuestos en los que se basa el éxito del proyecto.
  - o Elaboración del plan de ejecución: con las actividades descritas, se definen las tareas y subtareas necesarias para lograrlas, con sus respectivos responsables, fechas de inicio y término, y los recursos requeridos para ellas. El plan de ejecución permite evaluar la proyección inicial de duración del proyecto.
  - o Esquema de verificación del diseño proyecto: pauta para evaluar diferenciadamente los niveles de objetivos, en cuanto a las relaciones entre ellos, la pertinencia de los objetivos, su formulación correcta y una serie de otros aspectos que buscan asegurar la adecuada formulación del proyecto.

Todos los aspectos descritos en el diseño del proyecto buscan maximizar la profundidad del análisis que se realiza, intentando lograr de esta forma encontrar soluciones que sean realizables, adecuadas y duraderas, y que impliquen un beneficio efectivo para la comunidad en que se emplazan.

### 1.5. Identificación de actores del equipo de gestión del proyecto

Para lograr los objetivos planteados, será necesario contar con el acuerdo y colaboración de diferentes actores tanto del servicio de HDOM como de la dirección del hospital y del departamento de planificación y evaluación de la gestión institucional. A continuación, se detallan los actores más importantes a considerar:

- Subdirector de gestión asistencial: quien debe autorizar la ejecución del proyecto de mejora en el servicio en el marco de una actividad académica de un funcionario de su dependencia.
- Jefatura del departamento de planificación y evaluación de la gestión institucional: de quien depende la unidad de captura y procesamiento de información de la producción.
- Jefatura de la unidad de captura y procesamiento de información de la producción: unidad donde se encuentra la sección GRD, que realiza la revisión de historias clínicas y la clasificación GRD de cada egreso de pacientes de camas de dotación. En esta unidad están los actores claves del proceso de codificación GRD.
- Jefatura del servicio de HDOM: quien facilitará el proceso de desarrollo de la cultura organizacional necesaria en el personal clínico para lograr una codificación GRD acorde a la complejidad atendida en el servicio.
- Autor del proyecto: encargado de presentar el proyecto ante las instancias hospitalarias que autorizan su implementación, y de supervisar posteriormente su implementación en los plazos establecidos.

Como equipo de gestión del proyecto, preliminarmente se considerará a los siguientes actores, que provienen en general de la dependencia de las jefaturas indicadas anteriormente:

- Jefa de sección GRD de la unidad de captura y procesamiento de información de la producción.
- Jefa de servicio HDOM.
- Coordinador clínico HDOM. Autor del proyecto.
- Coordinadora enfermería HDOM.
- Coordinador kinesiología HDOM.
- Representante del equipo médico HDOM.
- Representante del equipo de enfermería HDOM.
- Representante del equipo de kinesiología HDOM.

## 2. El problema

### 2.1. Identificación de problemas

Para la implementación de un proyecto de estas características es de crucial importancia seguir una secuencia de análisis y formulación capaz de asegurar su adecuada presentación, desarrollo, evaluación y mantención en el tiempo, para lo que se utiliza la metodología de Marco Lógico adoptada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que propone una serie de pasos para lograr la creación de proyectos que puedan lograr un impacto significativo en salud.

En el análisis realizado como parte de la formulación de este proyecto en particular, se identificaron una serie de problemáticas que tienen que ver con lo que el proyecto busca solucionar, y se pretende identificar dentro de ellos a los que sean más significativos para trabajar y generar un mayor impacto en el servicio a intervenir.

Dentro de los problemas identificados en el funcionamiento del servicio de hospitalización domiciliaria del HEC, está la heterogeneidad del registro clínico que se lleva con los pacientes que son atendidos. Dentro del estamento médico no existe del todo instalada una cultura que enfatice la importancia de llevar un registro clínico completo y acabado de las prestaciones realizadas, lo que se agrava además con el cambio diario que tienen las tratancias de los pacientes, donde no todos los pacientes son visitados por médico diariamente, y no se realiza un seguimiento diario 1 paciente – 1 médico. Existe una coordinación clínica que lleva el seguimiento de los casos y gestiona la realización de los procesos por los que los pacientes ingresan, pero esto no implica un seguimiento clínico exhaustivo, pues la coordinación no ve a los pacientes in vivo, sino que supervisa a través del registro clínico de todo el personal que realiza visitas domiciliarias (TENS, enfermería, kinesiología, fonoaudiología y médicos) y del contacto directo con los mismos profesionales que están diariamente en terreno.

Para la implementación de los GRD en un servicio clínico es crucial establecer ciertos parámetros mínimos comunes que deben ser incluidos en la ficha clínica para lograr una clasificación adecuada de los episodios y su correcta codificación. Esto se conoce como conjunto mínimo básico de datos (CMBD), y sin él la codificación GRD no es posible. En el servicio de HDOM existen brechas en la confección y difusión de protocolos clínicos que puedan regular el registro que realizan los profesionales de las atenciones brindadas, no existe establecido este CMBD aún, lo que hace imposible su implementación actualmente. Es importante mencionar a este respecto, que el servicio está en un proceso de mejoría, en el que se están implementando estrategias orientadas a unificar el registro clínico que realizan los médicos, con el fin de lograr una mejor tratancia del servicio hacia los pacientes, que sea capaz de llevar los procesos clínicos con la menor variabilidad interprofesional posible. Este proceso presenta una oportunidad para formalizar el CMBD y dar los pasos iniciales en la implementación de los GRD.

Otro problema que existe en el servicio es el financiamiento que recibe, en comparación al gasto que hace y a la complejidad de pacientes que maneja. Actualmente el financiamiento del servicio proviene principalmente de PPV (pago por prestaciones valoradas), y suele considerarse que, a pesar de ser un servicio que funciona en “números rojos”, provee un beneficio sustantivo a la estrategia de descongestión hospitalaria, por lo que igualmente se ha propulsado su crecimiento por el beneficio que entrega al hospital. Dada la ausencia de experiencias de implementación de GRD en pacientes de servicios de hospitalización domiciliaria, no existe certidumbre sobre el impacto económico que podría tener en el servicio este proyecto, pero el foco que se pondría en la complejidad y comorbilidades hace intuir que podría ser un método más fidedigno de caracterización de los pacientes que son atendidos.

Otro problema importante a considerar, es que debido a la ausencia de un registro clínico unificado entre profesionales y todas las dificultades mencionadas anteriormente, la información estadística disponible para la gestión del servicio es insuficiente, restringiéndose principalmente a aspectos administrativos (personas atendidas, días personas atendidas, número de ingresos/egresos, cupos disponibilizados), y no sistematizada para su manejo en grandes volúmenes de datos, lo que impacta en la confiabilidad de la información e impide conocer en detalle la casuística de pacientes atendidos por el servicio, con sus respectivas complejidades, resultados, evoluciones esperadas y estancias prolongadas, y limita la planificación estratégica que se pueda realizar para potenciar su crecimiento, pues dificulta el reconocimiento de brechas al no disponer de información clara y fidedigna con la que tomar las decisiones de gestión clínica en el servicio.

Los problemas descritos previamente, y sobre los cuales se realizará la priorización de problemas, son enunciados de la siguiente forma a modo de síntesis para su entendimiento:

- I. Heterogeneidad en la elaboración del registro clínico entre profesionales del servicio de HDOM del HEC.
- II. Protocolos clínicos desactualizados y no difundidos entre los equipos clínicos del servicio de HDOM del HEC.
- III. Incertidumbre sobre el impacto económico de la implementación de un sistema GRD para el servicio de HDOM del HEC.
- IV. Información estadística disponible para la gestión del servicio de HDOM del HEC insuficiente, restringida principalmente al componente administrativo, con escasez de información estadística confiable del componente clínico.

## 2.2. Priorización de problemas

Para lograr priorizar los problemas y definir cuál de ellos es el problema central del cual este proyecto se hará cargo, se realizó un ejercicio de priorización en base a una serie de criterios que buscan definir cuál de ellos es el que podría tener un mayor impacto de lograr resolverse, evaluando también cuál es la capacidad del equipo gestor de trabajar sobre él y lograr eventuales mejorías.

Los cuatro problemas identificados fueron evaluados en función de criterios que buscan diferenciar el impacto de cada uno con respecto a los demás, categorizando cada uno en valores de 0 a 3 (0=nulo, 3=alto), permitiendo realizar una categorización más objetiva y una elección adecuada del problema central a trabajar. Los criterios sobre los que se evaluarán los problemas son:

- Características y magnitud de la población afectada.
- Prioridad que representa en la política de la administración.
- Gobernabilidad del equipo de gestión sobre el problema.
- Incidencia del problema en la generación de otros.

A continuación se describe el ejercicio de priorización de problemas realizado para identificar el problema central sobre el que se trabajará

<i>Problema</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>
<i>Características y magnitud</i>	1	1	2	3
<i>Prioridad</i>	1	2	1	2
<i>Gobernabilidad</i>	3	3	2	3
<i>Incidencia</i>	3	3	2	3
<i>Total</i>	8	9	7	<b>11</b>

Tabla 1. Cuadro de priorización de problemas.

### 2.3. Selección del problema

Tras el análisis de priorización de problemas, nos quedamos con que el problema “información estadística disponible para la gestión del servicio de HDOM del HEC limitada al componente administrativo y no sistematizada en el componente clínico” es el problema central sobre el cual se trabajará en el proyecto.

Actualmente, la información estadística recogida en el servicio de HDOM del HEC es limitada principalmente al registro estadístico mensual (REM) informado por el servicio, no existiendo una fuente de información estadística clara y confiable de la producción clínica ni de seguimiento de los casos de los pacientes que permita conocer el desarrollo de la actividad clínica con una mirada objetiva centrada en los datos. La propuesta de este proyecto apunta precisamente a lograr el conocimiento y la síntesis de la mayor cantidad de información posible que sea de utilidad sobre el manejo clínico de los pacientes, para la definición de los lineamientos estratégicos que debería seguir el servicio para perfilar su crecimiento como un servicio de salud orientado a la calidad y seguridad en la atención.

La obtención de una sistematización de la información clínica que permita manejar grandes volúmenes de datos es un paso esencial a la hora de lograr la conducción de un servicio clínico ejecutivo, alineado con el desarrollo tecnológico en salud y orientado a la mejora continua, por lo que el problema seleccionado apunta en esa dirección, buscando establecer las bases para lograr esta sistematización de la información que se hace vital para el crecimiento del servicio.

### 3. Etapa analítica

#### 3.1. Análisis de involucrados

Como parte de la etapa analítica de la aplicación de la metodología de Marco lógico se incluye el análisis de involucrados, que busca identificar a las distintas partes que pueden incidir en el proyecto, directa o indirectamente, con sus respectivos intereses, visiones, capacidad de injerencia y potenciales acuerdos o conflictos con el proyecto.

Los actores involucrados que fueron identificados y caracterizados en este proyecto se describen a continuación:

- I. Personal clínico del servicio de HDOM del HEC.
- II. Codificadores GRD de la unidad de estadísticas del HEC.
- III. Equipo de gestión del proyecto de mejora.
- IV. Jefaturas clínicas (médica y de enfermería) del servicio de HDOM del HEC.
- V. Pacientes atendidos por el servicio de HDOM del HEC.
- VI. Ministerio de salud.

Para lograr una valorización y descripción adecuada de los distintos actores descritos se definieron los siguientes criterios de evaluación que serán sistematizados en una matriz de involucrados:

- Problemas percibidos por cada actor involucrado: en particular a cómo perciben el problema central descrito y su origen.
- Intereses y mandatos: aquellos intereses defendidos por los involucrados, así como los intereses mandatados por el cargo que ostente cada actor dentro de la institución.
- Poder o capacidad de incidencia: cómo los distintos recursos de poder de los involucrados pueden afectar el desarrollo del proyecto. En esta matriz se describe en una escala numérica del 1 al 5, desde menor a mayor poder.
- Interés en la intervención: indica la posibilidad de apoyo, rechazo o indiferencia frente a la intervención del problema. En esta matriz se utiliza una escala del -3 al +3 para este punto, graduando el interés de mínimo (1) a máximo (3) y su influencia positiva o negativa indica el signo a utilizar.
- Valor o acuerdos/conflictos potenciales: producto entre el poder de cada involucrado con el interés que pueda o no tener sobre la intervención, y cómo los potenciales acuerdos o conflictos con dicho actor pueden incidir sobre el proyecto. Un actor con mucho poder e interés de rechazar la intervención puede ser muy perjudicial para el proyecto, a diferencia de un involucrado con el mismo interés de rechazo pero sin poder de incidencia.

A continuación se presenta la matriz de involucrados confeccionada en el análisis de este proyecto, que relaciona los diferentes actores identificados en sus distintas dimensiones estudiadas:

Actores	Problema percibido	Intereses y mandatos	Poder	Interés en la intervención	Valor
<b>Personal clínico del servicio de HDOM del HEC.</b>	Dificultad para el seguimiento clínico entre profesionales.	Entregar atención clínica segura y de calidad a los pacientes.	5	+1	+5
<b>Codificadores GRD de la unidad de estadísticas del HEC.</b>	Bajo alcance de la codificación GRD si se aplicase en escenario actual.	Revisar fichas de egresos hospitalarios para asignar codificación GRD.	1	+3	+3
<b>Equipo de gestión del proyecto de mejora.</b>	Cultura organizacional deficiente en cuanto al registro clínico.	Generar datos fidedignos y confiables con los. Que tomar decisiones de gestión clínica.	3	+3	+9
<b>Jefaturas clínicas (médica y de enfermería) del servicio de HDOM del HEC.</b>	Información disponible para toma de decisiones y nuevos programas es limitada.	Gestionar el servicio de HDOM HEC con la mejor información disponible y velar por su mejora continua.	5	+3	+15
<b>Pacientes atendidos por el servicio de HDOM del HEC.</b>	Discontinuidad en la atención inter profesionales del servicio de HDOM HEC.	Recibir atención de salud oportuna, segura y de calidad técnica suficiente.	1	0	0
<b>Ministerio de salud.</b>	Limitación de la licencia de uso del programa	Favorecer la mejoría de la gestión de los	5	+2	+10

	Team Coder para codificación GRD.	servicios sanitarios.			
--	--------------------------------------	--------------------------	--	--	--

Tabla 2. Matriz de involucrados.

### 3.2. Análisis de problemas

Habiendo realizado la selección del problema central y el análisis de los involucrados en el proyecto, corresponde continuar con el análisis de problemas que sustentan y explican el problema central, de manera que permitan un conocimiento cabal de los problemas principales en torno al problema seleccionado, identificar sus causas y efectos y relacionar los problemas para comenzar a idear posibles soluciones.

El instrumento definido para realizar el análisis de problemas es la confección del “árbol de problemas”, una herramienta que desglosa los factores de un problema central hasta sus componentes estructurales, y que busca encontrar las causas que modelan el problema principal seleccionado, además relacionándolas con sus efectos identificados.

En la figura 1 se presenta el árbol de problemas realizado por el equipo de gestión del proyecto, que plantea como principales efectos del problema principal el desconocimiento de la casuística atendida por el servicio de HDOM y la limitación de la planificación estratégica del servicio por la disponibilidad de información estadística. El desconocimiento de la casuística atendida por el servicio supone la falta de información general sobre el proceso de atención brindado por el servicio, los diagnósticos más relevantes, la tasa de complicaciones, reingresos y mortalidad, entre otros, lo que constituye una dificultad a la hora de definir cómo distribuir los esfuerzos de gestión del servicio, pues se opera sobre una base débil de información, con un componente intuitivo de los gestores que, de no ser acertado, puede significar un retroceso en la gestión del servicio. La planificación estratégica en estas condiciones limitadas por la disponibilidad de información obstaculiza el crecimiento óptimo del servicio y su adaptabilidad a las condiciones de incertidumbre habituales del sector salud, por lo que sería un efecto del problema que debería resolverse necesariamente con las intervenciones programadas en este proyecto.

Para el análisis del problema central se llegó a dos factores que se consideraron estructurales a través del desglose de los factores directos e indirectos que lo delimitan: en primer lugar, la pandemia del Covid-19 obligó un crecimiento abrupto de muchos servicios clínicos para dar respuesta a la demanda sanitaria, dentro de los cuales se encuentra el servicio de HDOM del HEC, que aumentó su disponibilidad de cupos diarios de 85 a 150 (76% de aumento) durante el transcurso de la pandemia, estresando al máximo su capacidad de atención y evidenciando nuevos problemas de gestión asociados. Por otro lado, la estrategia sanitaria de HDOM no ha sido integrada completamente a las pautas de gestión clínica actuales, lo que se evidencia en la inexistencia de una codificación GRD para los egresos de servicios de HDOM a nivel nacional ni internacional que pueda ser aplicada; esto supone una brecha en la posibilidad de obtener información confiable y utilizable para la gestión.

Como factores indirectos, derivados de los estructurales y que a su vez condicionan los factores directos que inciden sobre el problema central se identificaron la deficiencia de

regulación legal de los servicios de HDOM, que se encuentra en desarrollo desde los organismos centrales, actualmente en proceso de redacción y publicación de la primera norma técnica que regule el actuar de los servicios. Este proceso se encuentra aún en un estado temprano de desarrollo y difusión, lo que genera una heterogeneidad entre los servicios de HDOM del país que dificulta aún más su regulación. Por otra parte, y en la misma línea, el trabajo entre el nivel central en coordinación con el servicio de HDOM HEC se encuentra recién en un estado incipiente, no habiéndose generado aún modificaciones orientadas al mejoramiento de la gestión. Es importante mencionar que en marzo de 2023 se dio la primera visita en terreno de representantes de la División de gestión de la red asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de redes asistenciales del Minsal, lo que puso en marcha un proceso de trabajo conjunto para la mejoría de la gestión.

Desde el problema de la deficiencia de la regulación legal de los servicios de HDOM se desprende un problema local del servicio, en el que no se han actualizado los protocolos de atención clínica, pues los existentes son muy acotados y no se ajustan a la realidad actual del servicio, además de no hacer hincapié en la importancia del registro clínico ni estandarizarlo. Esto se suma a una difusión muy limitada de los protocolos existentes en el personal clínico, lo que dificulta aún más su seguimiento. Por otra parte, el incipiente trabajo coordinado con el nivel central ha perpetuado una cultura organizacional laxa con respecto a la importancia del registro clínico, desfavoreciendo el avance hacia un registro unificado. Asimismo, este trabajo con el nivel central aún no ha logrado responder a los desafíos de gestión que se han instalado en el servicio desde su crecimiento explosivo durante la crisis sanitaria, contando con información incompleta sobre su funcionamiento, que ocurre por una captura insuficiente de la misma información que se genera en la actividad propia del servicio.

Dentro de los factores directos que inciden sobre el problema principal, destacan la heterogeneidad del registro clínico que realizan los profesionales del servicio, derivado desde el desconocimiento y desactualización de los protocolos y de una cultura organizacional no orientada al registro clínico, que dificulta la lectura de las fichas clínicas tanto para las personas como para eventuales programas informáticos capaces de sistematizar información, lo que dificulta el levantamiento de datos estadísticos fiables con los que tomar decisiones de gestión en el servicio.

Desde la captura insuficiente de información del funcionamiento del servicio surgen dos problemas que se consideran también factores directos del problema central, que son la restricción del seguimiento estadístico a datos administrativos (como los obtenidos desde el REM informado por el servicio), y la no sistematización de la información financiera obtenida actualmente (mediante PPV) para su seguimiento como información de la gestión clínica del servicio.

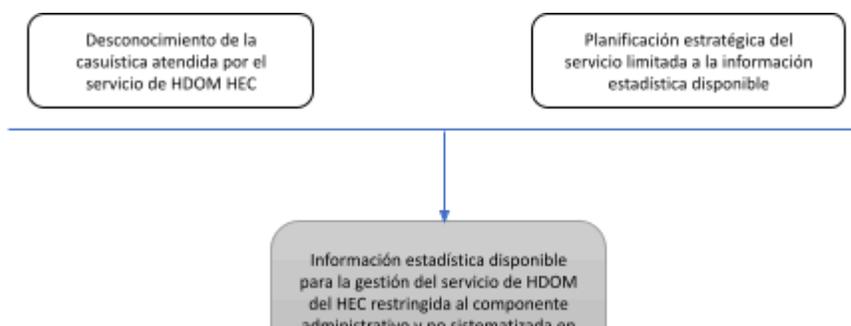


Figura 1. Árbol de problemas.

### 3.3. Análisis de objetivos

Una vez confeccionado el árbol de problemas que sintetiza el análisis realizado por el equipo de gestión del proyecto, corresponde la realización del análisis de los objetivos que serán trazados. Estos proponen una realidad futura que ha subsanado los diferentes problemas identificados a través de la reflexión sobre los mismos, identificando cómo las relaciones causa-efecto descritas se transforman en medios, fines y objetivos a lograr para la solución del problema.

Dentro del análisis de objetivos también es muy importante definir el ámbito de acción que tendrá el proyecto, identificando aquellos objetivos que se encuentren dentro del ámbito de gobernabilidad del equipo gestor, y que por tanto el equipo pueda tener alguna incidencia sobre ellos. Esta definición permitirá identificar más claramente las soluciones al problema, y permitirá al equipo gestor definir con sustento sus acciones dentro del proyecto.

En la figura 2 se presenta el árbol de objetivos confeccionado en relación a los problemas identificados inicialmente, en el que se muestran los fines a lograr tras resolver el problema principal, como son el conocimiento de la casuística de pacientes que atiende el servicio, que permite la adecuación de sus esfuerzos en atender los diferentes perfiles de pacientes existentes en el servicio, y reforzar aquellos que puedan necesitarlo. La disponibilidad de información estadística sobre aspectos clínicos, demográficos y administrativos permite, al igual que el conocimiento de la casuística atendida, un mejor entendimiento del panorama global de la atención entregada por el servicio, y permite detectar más fácilmente la brechas que puedan existir en la atención o en el funcionamiento del servicio. Con este conocimiento se facilita enormemente la confección de una planificación estratégica completa que considere todos los aspectos críticos del manejo del servicio, y que permita potenciar aquellos aspectos justificadamente necesarios en el crecimiento del servicio.

En el desarrollo del ejercicio, el problema central se convierte en un objetivo a lograr, que es descrito como la existencia de información estadística extendida y sistematizada en los componentes administrativo y clínico, que permita lograr los fines descritos previamente. Esto se vislumbra como una solución posible a través de diferentes medios que logren este objetivo, como son la estandarización del registro clínico entre los profesionales del servicio, que pretende ser logrado a través de la actualización y difusión de protocolos en el servicio de HDOM HEC con énfasis en el registro clínico y la gestión de procesos y el cambio en la cultura organizacional del servicio a una orientada al registro y la gestión clínica. Por otra parte, se pretende lograr el seguimiento estadístico de datos de la gestión clínica del servicio que sirvan para el objetivo central, y de la gestión financiera con el mismo propósito, ambas a través de la captura exhaustiva de la información generada por el servicio, con iniciativas como la implementación de la codificación GRD para los egresos del servicio como herramienta de mejora de la gestión .

Los medios descritos previamente se enmarcan dentro del ámbito de acción que pretende impactar este proyecto, por lo que se señalan de color azul en la figura 2. Más allá de este ámbito de acción se encuentran otros medios para lograr el objetivo y sus fines, pero que exceden el ámbito de gobernabilidad que tiene el equipo gestor sobre ellos, por lo que se enuncian como situaciones ideales, a las cuales la realización de este proyecto pueden contribuir.

Por una parte, la actualización y difusión de protocolos del servicio puede relacionarse con el establecimiento de reglamentos y normativas que regulen cabalmente el funcionamiento de los servicios de HDOM del país, y el cambio en la cultura organizacional del servicio y la captura exhaustiva de la información del servicio pueden relacionarse con el trabajo coordinado entre el nivel central y los servicios de HDOM, que podría dar las directrices para la ejecución de estos medios.

Finalmente, la regulación legal de los servicios y el trabajo coordinado con el nivel central son medios para lograr una estructura del servicio sólida que sea capaz de enfrentarse a las contingencias sanitarias, adaptando su funcionamiento y orientándose a su manejo de gestión. Además, esto podría generar una inclusión de la estrategia de HDOM en el sistema de codificación GRD que pueda ser replicada en otros servicios de HDOM del país.

Con todo esto, el ámbito de acción que el equipo gestor le entrega al proyecto se basa en modificaciones locales que podrían tener un gran impacto en el manejo del mismo servicio, y que de probarse exitosas serían una oportunidad para replicar la experiencia en otros servicios de HDOM del país.

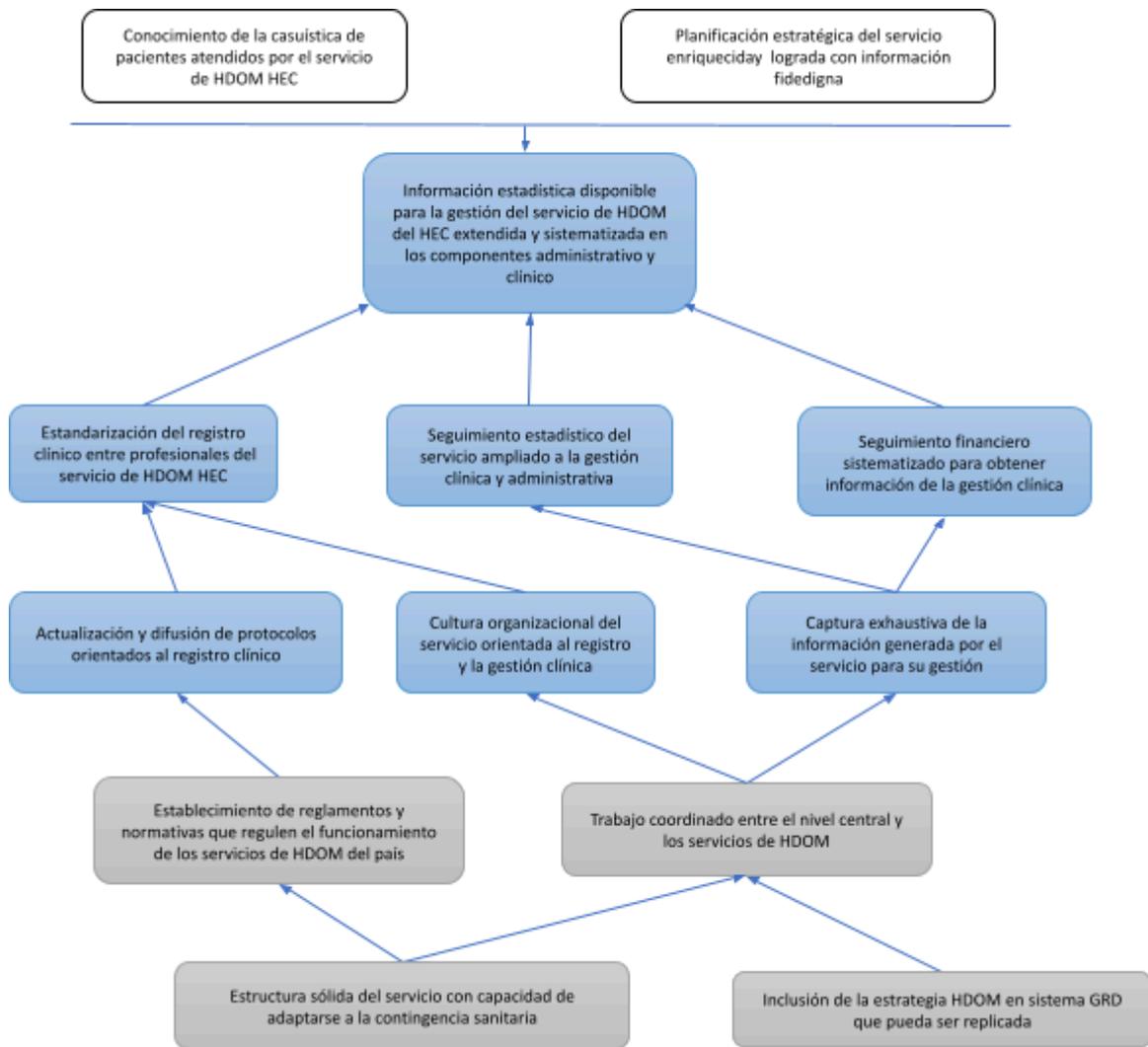


Figura 2. Árbol de objetivos.

### 3.4. Análisis de alternativas

Habiendo realizado el análisis de los involucrados, problemas y objetivos a trabajar en el proyecto, se continuó el proceso analítico con la descripción de posibles alternativas que puedan solucionar el problema central detectado, y que de la misma forma contribuyan a los fines descritos previamente. Para esto, se seleccionaron 3 objetivos del ámbito de acción del proyecto y se desglosaron desde ellos posibles alternativas de solución que fueron posteriormente analizadas en su viabilidad para definir las acciones que se realizarán finalmente como parte del proyecto. Para definir entre las alternativas propuestas, se privilegiaron los criterios de gobernabilidad del equipo gestor para poner en marcha la alternativa, factibilidad de alcanzar los objetivos propuestos, capacidad técnica y disponibilidad de recursos para la implementación de la alternativa.

Sobre el objetivo de actualización y difusión de protocolos en el servicio de HDOM, se describen las siguientes alternativas conducentes a su logro:

- Trabajo con la unidad de estadística del HEC para definir los aspectos mínimos necesarios que deben ser incluidos en el registro clínico, e incluir estos en los protocolos actualizados del servicio. Estos protocolos serán ampliamente difundidos entre el personal clínico para lograr la mayor adherencia posible a los lineamientos entregados.
- Evaluar junto al nivel central la generación de protocolos de HDOM que sean aplicables a todos los servicios pertinentes, orientados al registro clínico y con un objetivo de gestión.

Para lograr el objetivo de una cultura organizacional del servicio de HDOM HEC orientada al registro y la gestión clínica, se propusieron las siguientes alternativas de solución:

- Capacitación de profesionales sobre la importancia del registro clínico y cómo este se relaciona con la gestión clínica, haciendo énfasis en los aspectos mínimos requeridos en el registro.
- Evaluación de las deficiencias en el registro clínico de cada profesional, para trabajar individualmente las mejoras requeridas para lograr los pisos mínimos propuestos en el registro clínico.

El último objetivo propuesto corresponde a la captura exhaustiva de la información generada por el servicio de HDOM del HEC, para el que se postulan las siguientes alternativas:

- Implementación de la codificación GRD y creación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que se utilizará en el servicio en acuerdo con la unidad de estadísticas del HEC, junto a un proceso de gestión del cambio en el servicio orientado a la inclusión de estos aspectos en el quehacer diario de los profesionales del servicio, de modo que sea una forma natural de llevar la información clínica y permita la codificación GRD tal como se realiza en otros servicios del hospital.

- Aplicación de la codificación GRD directamente y evaluación posterior de las brechas y dificultades que se presenten, trabajando directamente sobre ellas.

De las alternativas planteadas en el primer objetivo, la primera de ellas fue evaluada como la más probablemente realizable, pues se encuentra dentro del ámbito de gobernabilidad del equipo gestor y constituye una modificación a menor escala al ser sólo aplicable en un servicio, pero que permitiría un nivel mayor de detalle en las modificaciones, al centrarse sólo en la realidad local del servicio de HDOM del HEC. Además, implica la utilización de recursos humanos ya disponibles en la institución, por lo que el gasto económico asociado a la intervención puede desprenderse de ellos.

Entre las alternativas propuestas para el segundo objetivo, la primera se identifica como la más factible de lograr de una forma costo-efectiva con respecto al tiempo y al trabajo del equipo gestor, permitiendo un abordaje grupal que también sea capaz de recoger las impresiones de los profesionales y lograr su compromiso con el proyecto, permitiendo al equipo gestor mantener un control adecuado del proceso e ir evaluando en su desarrollo las posibles brechas de mejora. La segunda alternativa también se encuentra en el ámbito de gobernabilidad del equipo gestor, pero requiere un despliegue de recursos humanos mayor para tener un seguimiento de cada profesional, considerando que la intervención se propone para todos los profesionales clínicos del servicio. Desde esta perspectiva el equipo gestor estima más factible poner en marcha la primera alternativa, y una vez realizado esto detectar aquellos profesionales con más dificultades para cumplir la propuesta, con quienes se podría aplicar un trabajo diferenciado dirigido específicamente a ellos para lograr la mejora esperada.

En el análisis de las alternativas propuestas para el tercer objetivo, ambas parecen lograrlo, por lo que la elección entre ellas se funda en criterios de optimización del trabajo del equipo gestor y la capacidad técnica del equipo para lograr las mejoras. Lo que parece entregar un resultado más ordenado y con anteposición a los eventuales problemas de implementación que se podrían dar es lo descrito en la primera alternativa, que si bien implica un mayor trabajo previo de parte del equipo gestor, ofrece un mayor orden en la implementación del proyecto y se alinea mejor con las otras alternativas de solución propuestas, por lo que es la elegida como la más factible de realizar en concordancia con la evaluación y soluciones propuestas en todo la etapa de análisis para la implementación de este proyecto.

#### 4. Etapa de planificación

##### 4.1. Matriz del Marco Lógico

Resumen de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p><b>Fin</b> Gestión clínica de los servicios realizada en base a indicadores estadísticos extendidos y sistematizados de datos clínicos y administrativos de los pacientes atendidos por cada servicio.</p>	<p>1. Se acuerda con el equipo gestor la obtención de al menos 5 indicadores calculados con los datos proporcionados por la codificación GRD de los egresos del servicio en el primer mes de aplicación del modelo.</p> <p>2. Caracterización demográfica completa de la casuística del servicio en el primer mes de aplicación del modelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumen estadístico oficial con indicadores GRD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro clínico adecuado para la codificación exitosa de los egresos del servicio, que permiten obtener información útil para la gestión.</li> </ul>
<p><b>Propósito</b> Se cuenta con un sistema de registro clínico y administrativo de los pacientes atendidos por el servicio de HDOM HEC capaz de entregar la información estadística requerida.</p>	<p>1. El equipo gestor estima una captura y codificación GRD de un 90% de los egresos del servicio en el primer mes de aplicación del modelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro entregado por codificadores GRD con egresos codificables e incompletos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso oportuno a la información recopilada por la sección GRD de la unidad de estadísticas del HEC.</li> </ul>
<p><b>Resultados</b> 1. Protocolos orientados al registro clínico, actualizados a las necesidades del servicio y difundidos entre el personal clínico.</p>	<p>1. Aprobación de protocolos que describan los aspectos mínimos del registro clínico por cada grupo de profesionales.</p> <p>2. El 100% de los profesionales clínicos del servicio es capacitado en los aspectos incluidos en los protocolos aprobados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolos aprobados por la dirección del HEC.</li> <li>Registro de asistencia a capacitaciones realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Destinación de profesionales capaces de crear protocolos requeridos.</li> </ul>

Resultados	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
2. Cultura organizacional fuerte y definida en torno al registro y la gestión clínica.	1. Evaluación del registro de pacientes egresados del servicio de acuerdo a criterios acordados con los equipos positiva en un 90% al primer mes de aplicación del modelo según estimación del equipo gestor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de muestra de egresos del servicio con pauta acordada en conjunto entre el equipo gestor y los equipos clínicos.</li> </ul>	Profesionales del servicio reciben e internalizan activamente los aspectos a corregir en el registro clínico para lograr los objetivos propuestos.
3. Información generada como parte del funcionamiento del servicio es capturada y utilizada en la gestión del mismo.	2. Captura del 90% de egresos con CMBD completo para codificación GRD en el primer mes de aplicación del modelo, de acuerdo con estimación del equipo gestor. 3. Creación de un plan piloto de gestión basada en indicadores GRD en los primeros 3 meses de aplicación del modelo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro entregado por codificadores GRD con egresos codificables e incompletos.</li> <li>Documento oficial de plan piloto de gestión clínica para el servicio de HDOM HEC</li> </ul>	Acceso oportuno a la información recopilada por la sección GRD de la unidad de estadísticas del HEC.
Actividades	Presupuesto	Medios de verificación	Supuestos
1.1. Elaborar y obtener aprobación de protocolos del servicio orientados al registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 profesional por grupo (enfermería, kinesiólogía, medicina, trabajo social) para la redacción de protocolos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos oficiales de protocolos de servicio aprobados y publicados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad horaria de profesionales para redacción de protocolos.</li> </ul>
1.2. Generar material gráfico ayuda memoria con los principales aspectos que debe considerar el registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 profesional por grupo (enfermería, kinesiólogía, medicina, trabajo social) para la producción del material gráfico .</li> <li>Profesional del departamento de comunicaciones HEC para apoyo en la producción de gráficas atractivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material gráfico creado para la difusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprobación de protocolos del servicio previo al avance de la intervención.</li> </ul>

1.3. Realizar actividades de difusión dirigidas por cada grupo de profesionales abordando sus particularidades en el registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinador HDOM HEC por equipo profesional para preparar y realizar las reuniones con los equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registro de asistencia a actividades de difusión realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponibilidad de equipos clínicos para participar de reuniones.</li> </ul>
<b>Resumen de actividades</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
1.4. Supervisar registro clínico resultante para identificar y subsanar brechas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinador médico HDOM para realizar la supervisión del registro clínico luego de las intervenciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bitácora de supervisión de una muestra representativa de egresos del servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aceptación de los cambios propuestos de parte de los profesionales del servicio.</li> </ul>
2.1. Realizar reuniones con los grupos de profesionales para aclarar dudas sobre la forma de realizar el registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinadores de enfermería, kinesiología, medicina y trabajo social que dirijan reuniones con los equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registro de asistencia a reuniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponibilidad de tiempo para reunir profesionales en reuniones autorizado por sus jefaturas.</li> </ul>
2.2. Generar junto a los equipos un consenso con los aspectos mínimos del registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinadores de enfermería, kinesiología, medicina y trabajo social que dirijan reuniones con los equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pauta de supervisión para egresos del servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocimiento de los equipos sobre los objetivos del proyecto y su fundamentación.</li> </ul>
2.3. Difundir aspectos del registro clínico que deben ser reforzados según las brechas detectadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinadores de enfermería, kinesiología, medicina y trabajo social que dirijan las actividades de difusión de información crítica para el proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Material gráfico creado para la difusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Supervisión de egresos del servicio que informe brechas a solventar.</li> </ul>
2.4. Sintetizar y difundir conceptos sobre la gestión clínica orientada a resultados en reuniones con los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo gestor que realice revisión bibliográfica y acuerde los conceptos que serán difundidos en los equipos clínicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Material gráfico creado para la difusión.</li> <li>● Registro de asistencia a reuniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comprensión del objetivo central de mejoría de la gestión clínica del servicio y acuerdo en su relevancia por parte de los equipos clínicos.</li> </ul>
3.1. Acordar el CMBD con la unidad de estadística y difundirlo entre los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Profesional del equipo de la sección GRD de la unidad de estadística del HEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acta de reunión que identifique claramente el CMBD acordado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponibilidad de profesionales de la unidad de estadística para iniciar proyecto de captura de egresos de</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo gestor que participe en reunión para definir CMBD.</li> </ul>		<p>HDOM con codificación GRD.</p>
<p>3.2. Iniciar captura de datos y codificación GRD en los egresos del servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Codificadores GRD del HEC asignados a los egresos del servicio HDOM HEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro realizado por codificadores GRD del HEC identificando egresos codificables e incompletos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización para uso del software de codificación GRD en egresos HDOM.</li> </ul>
<b>Resumen de actividades</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<p>3.3. Obtener estadística de la codificación GRD de los egresos del servicio tras un periodo piloto de captura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional del equipo de la sección GRD de la unidad de estadística del HEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumen estadístico oficial con indicadores GRD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso oportuno a la información recopilada por la sección GRD de la unidad de estadísticas</li> </ul>
<p>3.4. Planificar mantención de la captura de datos mediante codificación GRD de los egresos del servicio para generar la casuística histórica de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo gestor del proyecto que genere la institucionalidad necesaria para mantener la captura de egresos de HDOM con codificación GRD.</li> <li>Jefatura de la unidad de estadística del HEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización ministerial por escrito para la codificación de egresos HDOM con software disponible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratación de codificador GRD destinado a los egresos de HDOM.</li> </ul>

## 4.2. Plan de ejecución de actividades

Tareas/subtareas	Periodo	Presupuesto	Responsables	Recursos necesarios
1. Elaborar y aprobar protocolos del servicio orientados al registro clínico.	Enero – Julio 2023			
1.1. Elaboración de protocolos por equipo profesional.	Enero 2023	Disponibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> <li>• Profesionales del servicio autores de los protocolos.</li> <li>• Departamento de calidad y subdirección de gestión asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador médico.</li> <li>• Apoyo de coordinadores de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas destinadas por profesional.</li> <li>• Computadores para la creación de los documentos.</li> </ul>
1.2. Edición de protocolo maestro HDOM.	Febrero 2023			
1.3. Envío de protocolos para aprobación por calidad.	Febrero 2023			
1.4. Recepción y ajuste según correcciones propuestas.	Junio – julio 2023			
1.5. Aprobación de protocolos por jefaturas correspondientes.	Julio 2023			
2. Generar material gráfico ayuda memoria con los principales aspectos que debe considerar el registro clínico.	Julio 2023			
2.1. Definir aspectos de los protocolos, en relación con el registro clínico, que deben ser internalizados por los profesionales.	1 – 15 de julio 2023	Disponibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> <li>• Apoyo de departamento de comunicaciones para confección de gráficas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas destinadas por profesional.</li> <li>• Licencia de programa de edición de gráficos.</li> <li>• Impresión de material gráfico.</li> </ul>
2.2. Creación de material gráfico imprimible que resuma los aspectos definidos como necesarios de instaurar en los equipos.	16 – 31 de julio 2023			
2.3. Impresión y difusión del material gráfico en los espacios físicos de trabajo.				

R  
e  
s  
u  
l  
t  
a  
d  
o  
1

3. Realizar actividades de difusión dirigidas por cada grupo de profesionales abordando sus particularidades en el registro clínico.	16 – 31 de julio 2023	Disponibilidad:		
3.1. Programar reuniones con equipos de enfermería, kinesiología y medicina para abordar las modificaciones al registro clínico esperado.	16 – 31 de julio 2023	• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.	• Jefa de servicio HDOM.	• Horas destinadas por profesionales de todo el servicio.
3.2. Dirigir reuniones con cada equipo y recoger inquietudes, ideas de mejora y aclarar dudas que existan entre los profesionales.		• Tiempo protegido para todos los profesionales del servicio en el que desarrollar las reuniones.		• Sala de reuniones.
3.3. Definir los aspectos que serán requeridos y evaluados en el registro clínico.				
4. Supervisar registro clínico resultante para identificar y subsanar brechas.	Julio – agosto 2023	Disponibilidad:		
4.1. Confeccionar pauta de revisión de fichas clínicas de pacientes egresados del servicio ajustadas a criterios establecidos en las reuniones con los equipos.	Julio 2023 – al completar tarea 3.3.	• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.	• Coordinador médico.	• Horas destinadas por profesional para revisión de fichas clínicas.
4.2. Revisar egresos del servicio según pauta establecida en una muestra de los egresos diarios, procurando incluir registros de todos los profesionales del servicio.		• Tiempo protegido para realizar la revisión de las fichas clínicas.		• Computador con acceso al sistema de ficha clínica electrónica.
4.3. Identificar aquellos profesionales con menor logro de los aspectos requeridos en el registro clínico para trabajar dirigidamente con ellos en su mejoría.	1 – 15 de agosto 2023			

R e s u l t a d o 2	5. Realizar reuniones con los grupos de profesionales para aclarar dudas sobre la forma de realizar el registro clínico.	Paralelo a la tarea 3.2.	Disponibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> <li>• Tiempo protegido para todos los profesionales del servicio en el que desarrollar las reuniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefa de servicio HDOM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas destinadas por profesionales de todo el servicio.</li> <li>• Sala de reuniones.</li> </ul>
	6. Generar junto a los equipos un consenso con los aspectos mínimos del registro clínico.	Paralelo a la tarea 3.3.	Disponibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> <li>• Tiempo protegido para todos los profesionales del servicio en el que desarrollar las reuniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefa de servicio HDOM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas destinadas por profesionales de todo el servicio.</li> <li>• Sala de reuniones.</li> </ul>
	7. Difundir aspectos del registro clínico que deben ser reforzados según las brechas detectadas.				
	7.1. En la revisión del registro clínico, identificar aquellos aspectos que más comúnmente presentan dificultad de integración por los profesionales.				
	7.2. Según los hallazgos de la revisión del registro clínico, crear nuevas gráficas o reforzar la difusión de las ya creadas que estresen los puntos identificados.	16 – 31 de agosto 2023	Disponibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> <li>• Tiempo protegido para realizar la revisión de las fichas clínicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas destinadas por profesional para revisión de fichas clínicas.</li> <li>• Horas destinadas al trabajo de reforzamiento individual y de difusión.</li> <li>• Computador con acceso al sistema de ficha clínica electrónica.</li> </ul>
	7.3. Trabajar individualmente con los profesionales que presenten menor logro de los objetivos en el registro clínico para asegurar su compromiso con el proyecto.				

	<p>8. Sintetizar y difundir conceptos sobre la gestión clínica orientada a resultados en reuniones con los equipos.</p>	<p>Julio 2023</p>			
	<p>8.1. Revisión de la literatura para identificar aspectos de la gestión clínica más relevantes en el trabajo del servicio.</p>	<p>1 – 15 de julio 2023</p>	<p>Disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas destinadas a la revisión bibliográfica y a la difusión de sus resultados.</li> <li>• Computador con acceso a internet.</li> <li>• Red institucional para revisión de bibliografía con suscripción.</li> </ul>
	<p>8.2. Síntesis de los conceptos más relevantes y concretos para transmitir a los equipos en forma didáctica.</p>				
	<p>8.3. Entrega de antecedentes recopilados a los equipos en reuniones agendadas y de forma gráfica para asegurar su inclusión en el modelo de trabajo del servicio.</p>	<p>16 – 31 de julio 2023</p>			
<p>R e s u l t a d o 3</p>	<p>9. Acordar el CMBD con la unidad de estadística y difundirlo entre los profesionales.</p>		<p>Disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> <li>• Jefatura unidad GRD y codificadores dedicados a egresos de HDOM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas por profesionales de ambos servicios para realizar coordinación.</li> <li>• Sala de reuniones.</li> </ul>
<p>9.1. Programar reunión con equipo GRD del HEC.</p>		<p>1 – 15 de julio 2023</p>			
<p>9.2. Definir los campos mínimos que se deben describir para el CMBD.</p>					
<p>9.3. Conocer, desde la mirada del equipo GRD, las prácticas recomendadas para el registro clínico de la actividad del servicio.</p>					

<p>10. Iniciar captura de datos y codificación GRD en los egresos del servicio.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas por profesionales codificadores.</li> </ul>
<p>10.1. Contando con las respectivas autorizaciones, programar el inicio de la captura de datos para codificación GRD.</p>	<p>16 – 31 de julio 2023</p>	<p>Disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codificadores GRD dedicados a egresos de HDOM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefa de la unidad GRD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadores con acceso al sistema de ficha clínica electrónica.</li> <li>• Licencia del software de codificación institucional (TeamCoder).</li> </ul>
<p>11. Obtener estadísticas de funcionamiento de la codificación GRD de los egresos del servicio tras un periodo piloto de captura.</p>	<p>16 – 31 de agosto 2023</p>	<p>Disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefatura unidad GRD del HEC.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas por profesional para la producción de la información consolidada.</li> </ul>
<p>11.1. Programar la consolidación de datos obtenidos mediante codificación GRD para un periodo piloto de 3 meses.</p>	<p>1 – 15 de julio 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefatura de la unidad GRD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador con acceso a software de codificación de egresos hospitalarios.</li> </ul>
<p>11.2. Difundir los resultados obtenidos en el periodo piloto entre los profesionales del servicio.</p>	<p>16 – 31 de agosto 202-</p>			
<p>12. Planificar mantención de la captura de datos mediante codificación GRD de los egresos del servicio para generar la casuística histórica de atención.</p>				
<p>12.1. En misma reunión con equipo GRD del HEC conocer los indicadores con los que se trabaja la gestión clínica de los demás servicios del HEC que codifican sus egresos mediante GRD.</p>	<p>1 – 15 de julio 2023</p>	<p>Disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores médico, de enfermería, kinesiología y trabajo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefa de servicio HDOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas por profesionales de ambos servicios para realizar coordinación.</li> </ul>
<p>12.2. Identificar aquellos indicadores susceptibles de ser aplicados en los egresos del servicio HDOM HEC.</p>		<p>Jefatura unidad GRD y codificadores dedicados a egresos de HDOM.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de reuniones.</li> <li>• Computador con acceso a internet.</li> </ul>
<p>12.3. Desarrollar planificación de las actividades del servicio que puedan ser adoptadas en conocimiento de los indicadores de gestión clínica que serán conocidos gracias a la intervención.</p>	<p>16 – 31 de julio 2023</p>			

### 4.3. Estimación de costos del proyecto

Actividades	Recursos	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Elaborar y obtener aprobación de protocolos del servicio orientados al registro clínico.	1. Horas destinadas por profesional. 2. Computadores para la creación de los documentos.	1. \$14.000 valor hora médica aproximada. 2. \$350.000 valor estimado por computador.	1. 11 horas semanales por 4 semanas. 2. 1 computador.	1. \$616.000 costo horas médicas.* 2. \$350.000 costo computador.*
Generar material gráfico ayuda memoria con los principales aspectos que debe considerar el registro clínico.	1. Horas destinadas por profesional. 2. Licencia de programa de edición de gráficos. 3. Impresión de material gráfico.	1. \$14.000 valor hora médica aproximada. 2. \$23.000 valor aproximado mensual de licencia de programa referencial (Adobe Illustrator) para organizaciones. 3. \$10.000 por metro de impresión de imágenes y gráficos.	1. 11 horas semanales por 1 semana. 2. 1 mes de licencia para organizaciones. 3. 3 metros de impresión de material gráfico.	1. \$154.000 costo horas médicas.* 2. \$23.000 costo licencia.* 3. \$30.000 costo impresión.*
Realizar actividades de difusión dirigidas por cada grupo de profesionales abordando sus particularidades en el registro clínico.	1. Horas destinadas por profesionales de todo el servicio. 2. Sala de reuniones.	1. \$14.000 valor hora médica aproximada. \$7.000 valor hora aproximada de enfermería y kinesiología. 2. Infraestructura hospitalaria.	1. 1 hora semanal por 24 semanas por 30 médicos, enfermeros y 16 kinesiólogos.	1. \$1.316.000 costo horas por profesional.* 2. Infraestructura hospitalaria.*
Supervisar registro clínico resultante para identificar y subsanar brechas.	1. Horas destinadas por profesional para revisión de fichas clínicas. 2. Computador con acceso al sistema de ficha clínica electrónica.	1. \$14.000 valor hora médica aproximada. 2. \$350.000 valor estimado por computador.	1. 11 horas semanales por 4 semanas. 2. 1 computador.	1. \$616.000 costo horas médicas.* 2. \$350.000 costo computador.*
Realizar reuniones con los grupos de profesionales para aclarar dudas sobre la forma de realizar el registro clínico. Generar junto a los equipos un consenso con los aspectos	1. Horas destinadas por profesionales de todo el servicio. 2. Sala de reuniones.	1. \$14.000 valor hora médica aproximada. \$7.000 valor hora aproximada de enfermería y kinesiología 2. Infraestructura hospitalaria.	1. 1 hora semanal por 24 semanas por 30 médicos, enfermeros y 16 kinesiólogos.	1. \$1.316.000 costo horas por profesional.* 2. Infraestructura hospitalaria.*

mínimos del registro clínico.				
Difundir aspectos del registro clínico que deben ser reforzados según las brechas detectadas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horas destinadas por profesional para revisión de fichas clínicas.</li> <li>2. Horas destinadas al trabajo de reforzamiento individual y de difusión.</li> <li>3. Computador con acceso al sistema de ficha clínica electrónica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$14.000 valor hora médica aproximada.</li> <li>2. \$14.000 valor hora médica aproximada.</li> <li>3. \$350.000 valor estimado por computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11 horas semanales por 4 semanas.</li> <li>2. 6 horas semanales por 4 semanas.</li> <li>3. 1 computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$616.000 costo horas médicas.*</li> <li>2. \$336.000 costo horas médicas.*</li> <li>3. \$350.000 costo computador.*</li> </ol>
Sintetizar y difundir conceptos sobre la gestión clínica orientada a resultados en reuniones con los equipos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horas destinadas a la revisión bibliográfica y a la difusión de sus resultados.</li> <li>2. Computador con acceso a internet.</li> <li>3. Red institucional para revisión de bibliografía con suscripción.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$14.000 valor hora médica aproximada.</li> <li>2. \$350.000 valor estimado por computador.</li> <li>3. Infraestructura informática hospitalaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11 horas semanales por 2 semanas.</li> <li>2. 1 computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$308.000 costo horas médicas.*</li> <li>2. \$350.000 costo computador.*</li> <li>3. Infraestructura informática hospitalaria.*</li> </ol>
Acordar el CMBD con la unidad de estadística y difundirlo entre los profesionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horas por profesionales de ambos servicios para realizar coordinación.</li> <li>2. Sala de reuniones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$14.000 valor hora médica aproximada.</li> <li>2. Infraestructura hospitalaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 horas semanales por 2 semanas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$56.000 costo horas médicas.*</li> <li>2. Infraestructura hospitalaria.*</li> </ol>
Iniciar captura de datos y codificación GRD en los egresos del servicio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horas por profesionales codificadores.</li> <li>2. Computadores con acceso al sistema de ficha clínica electrónica.</li> <li>3. Licencia del software de codificación institucional (TeamCoder).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$10.000 valor hora codificadores aproximada.</li> <li>2. \$350.000 valor estimado por computador.</li> <li>3. Infraestructura tecnológica hospitalaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 44 horas semanales por 4 semanas.</li> <li>2. 1 computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$1.760.000 costo codificadores.</li> <li>2. \$350.000 costo computador.*</li> <li>3. Infraestructura tecnológica hospitalaria.*</li> </ol>
Obtener estadística de la codificación GRD de los egresos del servicio tras un periodo piloto de captura.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horas por profesional para la producción de la información consolidada.</li> <li>2. Computador con acceso a software de codificación de egresos hospitalarios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$10.000 valor hora codificadores aproximada.</li> <li>2. \$350.000 valor estimado por computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11 horas semanales por 4 semanas.</li> <li>2. 1 computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$440.000 costo codificadores.</li> <li>2. \$350.000 costo computador.*</li> </ol>

Planificar mantención de la captura de datos mediante codificación GRD de los egresos del servicio para generar la casuística histórica de atención.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horas por profesionales de ambos servicios para realizar coordinación.</li> <li>2. Computador con acceso a internet.</li> <li>3. Sala de reuniones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$14.000 valor hora médica aproximado.</li> <li>2. \$350.000 valor estimado por computador.</li> <li>3. Infraestructura hospitalaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11 horas semanales por 2 semanas.</li> <li>2. 1 computador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. \$308.000 costo horas médicas.*</li> <li>2. \$350.000 costo computador.*</li> <li>3. Infraestructura hospitalaria.*</li> </ol>
--	--	--	--	--

\* Estos costos son parte del presupuesto o infraestructura hospitalaria.

## 5. Discusión

Uno de los principales desafíos con los que un gestor se encuentra al manejar un servicio clínico es el mantener un suministro de información suficiente para tomar decisiones. Es necesario controlar su origen, la calidad de los datos capturados, la representatividad de la información sobre la realidad del servicio y su correcta consolidación para lograr interpretarla de forma objetiva. Además de esto, es inevitable contrastar dicha información con la propia experiencia del gestor, que le añade un valor agregado al proceso.

Debido a la cantidad de información producida como parte del funcionamiento de un servicio clínico, se hace necesario contar con alguna forma de manejo de los datos generados que sea capaz de mostrar distintos aspectos de la gestión del servicio y permitir su seguimiento en el tiempo: es donde nacen los indicadores de gestión. Su fortaleza radica en que, de ser bien formulados y capturados, permiten medir específicamente distintos aspectos en términos de calidad, cantidad y tiempo, lo que permite dar una mirada objetiva al cumplimiento de los propósitos definidos como metas de gestión, y su seguimiento por parte de los gestores. Para una buena gestión de los procesos clínicos, la definición de indicadores válidos, confiables, sensibles, específicos y costo-efectivos es primordial: su existencia es necesaria, pero incluso más que eso, las características mencionadas son las que le confieren la utilidad a la gestión basada en indicadores.

En la gestión de un servicio clínico la supervisión de la actividad clínica es de los procesos más desafiantes: la principal fuente de información verificable es el registro clínico, y este es muy profesional-dependiente si no se establecen parámetros específicos desde las jefaturas. Por otra parte, incluso al establecerlos, es necesario generar una cultura organizacional al respecto para mantener su cumplimiento, de lo contrario es esperable su degeneración a lo largo del tiempo. Por estas razones es útil contar con herramientas capaces de capturar información clínica y transformarla en información estadística interpretable para la gestión.

La clasificación GRD ofrece una solución a estos problemas: a través de la instalación de un conjunto mínimo de datos clínicos y administrativos que debe incluirse en el registro clínico, sumado a una integración de los sistemas de información clínica, y una revisión de todos los egresos del servicio por codificadores certificados que los agrupan en relación a su consumo de recursos, es posible obtener una serie de indicadores que relacionan los días de estancia, los diagnósticos atendidos, sus complicaciones, las comorbilidades de los pacientes y su riesgo de muerte. Esta clasificación permite obtener medidas del funcionamiento del servicio: sus estancias medias, los casos fuera del estándar, su comparación con la norma y con su propia casuística, son algunas de las mediciones que se pueden obtener aplicando la codificación GRD a los egresos de un servicio clínico. Estas mediciones permiten el seguimiento de la actividad del servicio, identificar brechas específicas en la atención que deben ser resueltas, y comparar el funcionamiento del servicio en distintos periodos con el estándar de funcionamiento del sistema completo,

con la propia casuística del servicio y con otros servicios de similares características, en una actividad conocida como *benchmarking*.

Para implementar un sistema tan complejo como la codificación GRD dentro de un servicio clínico es necesario realizar una planificación previa, pues, salvo que sea un servicio que esté recién iniciando su atención al público, este sistema debe implementarse sobre una forma ya existente de hacer registro clínico. Para lograr un cambio en una forma comunitaria de hacer ciertas cosas, es necesario planificar la manera en que se realizará: analizar en profundidad la situación inicial sobre la que se parte, definir los pasos que se tomarán, anticipar posibles dificultades en la implementación e identificar aquellos puntos limitantes que probablemente no podrán ser modificados. La planificación es la que nos permite tener una mayor certidumbre del logro de los objetivos propuestos en el proyecto, y sin ella se expone el proyecto a eventos no anticipados que pueden ponerlo en riesgo completamente. En cualquier escenario de un servicio de salud público o privado, el fracaso de un proyecto implementado es algo que se debe evitar a toda costa, pues implica uso de recursos del servicio, y puede impactar negativamente en el estándar de cuidado y tratamiento entregado.

El presente proyecto de mejoría se realizó siguiendo las directrices contenidas en el “Manual para el diseño de proyectos de salud” publicado por la Organización Panamericana de la Salud, que explica la metodología del Marco Lógico para el diseño de proyectos de salud. Esta metodología permite, a través de un cuidadoso proceso de análisis, la formulación de una matriz de objetivos jerarquizados (matriz del ML) que incluye su desglose desde la finalidad del proyecto a las tareas y subtareas que deben ser completadas para lograrla, considerando los recursos necesarios para realizar las tareas, determinando un grupo gestor a cargo del proyecto y definiendo las responsabilidades asociadas a cada tarea. Además, el ML considera la implementación de acciones orientadas a la mantención de los logros del proyecto en el tiempo, de manera de obtener resultados significativos, útiles y duraderos para los gestores del servicio.

Como parte del análisis realizado en la formulación del presente proyecto, se observaron algunas limitaciones que este tendría a la hora de ser aplicado, y que de alguna forma podrían impactar en los resultados que se obtengan. Dentro de las más relevantes, se visualizaron potenciales dificultades para lograr un cambio en la cultura organizacional del servicio suficiente para la implementación de un sistema GRD que sea efectivo y capaz de obtener información confiable y datos utilizables para la gestión clínica. Por otra parte, es esperable encontrar dificultades técnicas relativas a la forma de codificación de casos de pacientes atendidos en el servicio de HDOM, en consideración a las complejidades manejadas y el tipo de casos atendidos, que al ser de aquellos pacientes que en su mayoría han tenido atención hospitalaria previa, su mayor peso medio estará concentrado en esa parte del proceso de atención de salud. La falta de experiencia en la codificación de egresos de servicios de hospitalización domiciliaria podría significar un problema a la hora de implementar este proyecto.

Una vez implementado este proyecto en el servicio de HDOM del HEC, se espera lograr el inicio de un tránsito en el modelo de atención que se entrega, desde uno más desorganizado y marcado por la variabilidad interprofesional, a uno con estándares sólidos y conocidos de atención, orientado a la ejecución de prestaciones y capaz de responder tanto a los requerimientos de los pacientes que atiende como a la necesidad asistencial del hospital en el que funciona. Parte importante de esta mejoría está dada por la modernización de los procesos y la incorporación de las tecnologías de la información en el trabajo clínico, que deberán ser cada vez más incentivadas e incluidas en las estrategias de mejoría de los servicios.

Al lograr instalar un modelo de gestión como el planteado en este proyecto, se espera también incentivar la adopción de estrategias similares en otros servicios de hospitalización domiciliaria del país, pues como fue descrito, la experiencia existente es escasa en el país y en el mundo sobre el uso de la codificación GRD en servicios de HDOM, y con ello la gestión basada en indicadores en los mismos. Existe aún mucho espacio para mejorar, por lo que se espera que este proyecto pueda ser parte de ese proceso constante al que deben someterse los servicios clínicos en busca de asegurar la calidad en su atención y la optimización en el uso de sus escasos recursos.

## 6. Esquema de verificación de diseño del proyecto

Aspectos	Verificación
<b>Respecto al Fin</b>	
El Fin responde al problema central identificado.	SI
Presenta una justificación suficiente para el proyecto.	SI
Está claramente expresado como una situación ya alcanzada.	SI
Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios.	SI
Los indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.	SI
<b>Respecto al Propósito</b>	
El proyecto tiene un sólo Propósito.	SI
El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado.	SI
Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto.	SI
Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto.	SI
Los indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los Resultados.	SI
Los indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante.	SI
Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto.	SI
Los indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo.	SI
<b>Respecto a los Resultados</b>	
Los Resultados están expresados como logros.	SI
Los Resultados del proyecto están claramente expresados.	SI
Todos los Resultados son necesarios para cumplir el Propósito.	SI
Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto.	SI
Los indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.	SI
<b>Respecto a las Actividades</b>	
Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente.	SI
Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados.	SI
Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores.	SI
Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar.	SI

La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista.	SI
<b>Respecto a las condiciones necesarias y suficientes</b>	
La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes.	SI
La relación entre los Resultados y el Propósito es realista.	SI
La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad.	SI
El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el Fin.	SI
Los Resultados, junto con Los Supuestos a ese nivel, describen Las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito.	SI
Los Supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades. (Las condiciones precedentes se detallan en forma separada).	SI
<b>Otras</b>	
La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	SI
El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto.	SI

## 7. Revisión de la literatura

En la formulación de este proyecto se realizó una revisión de la literatura en busca de experiencias similares que hubiesen implementado un sistema GRD en algún servicio de hospitalización domiciliaria. Se utilizó la plataforma Pubmed, buscando dirigidamente los conceptos “GRD”, “DRG” (acepciones en español e inglés respectivamente), “grupos relacionados a diagnóstico” y “diagnosis related groups” en relación con “hospitalización domiciliaria”, “home hospital” y “home care”. No se encontraron experiencias específicas de programas de implementación de sistemas de GRD en servicios de hospitalización domiciliaria, pero sí se encontró literatura con respecto al sistema GRD mismo, sus beneficios y consideraciones.

Adicionalmente, se revisó la bibliografía recomendada del curso Gestión clínica II de este programa, donde se encontraba la conferencia “GRD como una estrategia para el mejoramiento clínico” del Hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, en el que se compartió la experiencia del hospital en la implementación de un sistema de GRD, con los aprendizajes que el proceso les dejó y las enseñanzas de los lugares comunes que ellos consideran importante buscar, así como los errores y complicaciones que se pueden prever en el proceso. Este insumo entregó varios lineamientos generales del proceso de implementación de un sistema GRD en un hospital y los aspectos más relevantes a considerar tanto en lo operativo como en la cultura organizacional en torno al cambio.

En el proceso de búsqueda bibliográfica se encontró también la revista española “Hospital a domicilio” de la Sociedad española de hospitalización a domicilio (SEHAD), como fuente de información específica del trabajo internacional en servicios de hospitalización domiciliaria. Dentro de ella se buscaron los mismos términos que en la plataforma Pubmed, sin éxito en la búsqueda dirigida.

De la revisión bibliográfica se puede desprender la poca disponibilidad de información publicada sobre experiencias de implementación de sistemas GRD en servicios de hospitalización domiciliaria en particular, lo que da a este proyecto un realce especial en cuanto a la innovación que podría implicar contar con esta herramienta aplicada a servicios de hospitalización domiciliaria, que tras la pandemia del Covid-19 fueron masificados como estrategia de descongestión hospitalaria y actualmente se siguen potenciando dado los beneficios que han reportado a la red de salud.

## 8. Consideraciones éticas

La implementación de este proyecto no implicará estudio o experimentación en humanos ni otros seres vivos, sino que se enfoca en el registro clínico y la cultura organizacional del equipo clínico en cuanto al mismo. Por lo mismo, las consideraciones éticas involucradas se atienen a las relativas al manejo de información clínica sensible de los pacientes atendidos por el servicio de HDOM del HEC, que se practican habitualmente como parte de los códigos de ética profesional de cada persona habilitada para acceder al registro clínico y de los lineamientos establecidos por el propio hospital en concordancia a la ley de derechos y deberes del paciente N° 20.584.

No se vislumbran otros conflictos éticos asociados a la implementación de este proyecto, sino más bien los beneficios que puede traer a los pacientes atendidos por el servicio que el registro clínico sea llevado de forma exhaustiva y unificada entre los diferentes profesionales, permitiendo los beneficios asociados a las mejoras en gestión clínica que el proyecto puede traer.

## 9. Bibliografía

Adolfo Llinás - Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá. (14 de Julio de 2017). *GRDs como una estrategia para el mejoramiento clínico*. Obtenido de Youtube:

[https://www.youtube.com/watch?v=mAUo\\_HITXes](https://www.youtube.com/watch?v=mAUo_HITXes)

Hospital El Carmen de Maipú. (2021). *Cuenta pública 2021*. Obtenido de Hospital El Carmen de Maipú:

<https://www.hospitalelcarmen.cl/hec/wp-content/uploads/2022/03/CUENTA-P%39ABLICA-2022.pdf>

Hospital El Carmen de Maipú. (2022). *Organigrama Hospital El Carmen de Maipú 2022*.

Obtenido de HEC:

<https://www.hospitalelcarmen.cl/hec/wp-content/uploads/2022/06/ORGANIGRAMA-2022-II.pdf>

Zapata M., M. (2018). Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista médica Clínica Las Condes*, 347-352.

Santander Azar, Silvana. Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión. (2018). *Informe ejecutivo del estado de funcionamiento e implementación del sistema de clasificación de pacientes por Grupos Relacionados por el Diagnóstico Internacionales y Refinados (GRD-IR)*. Santiago: DIGERA - MINSAL.

Inostroza Muñoz, Andrea. Sección GRD. (2021). *Informe anual 2020. Análisis de gestión clínica. GRD*. Santiago: Departamento de control de gestión, HEC.

Blaistein, Nora. Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Manual para el diseño de proyectos de salud*. Organización Panamericana de la Salud.