



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN PARA LA UNIDAD DE
GESTIÓN CENTRALIZADA DE CAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

MARÍA GABRIELA CAMPOS RUBILAR

**PROFESOR GUÍA
CHRISTIAN POTOČNJAK CABRERA**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN
JUAN PABLO ZANLUNGO MATSUHIRO
OMAR CERDA INOSTROZA**

**SANTIAGO DE CHILE
SEPTIEMBRE 2010**

Diseño de un Sistema de Control de Gestión para la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud

El presente trabajo de título tiene como objetivo diseñar un Sistema de Control de Gestión que permita evaluar el desempeño de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) del Ministerio de Salud. Ésta, comenzó su funcionamiento en mayo del año 2009 con el propósito de fortalecer la gestión de camas hospitalarias dentro de la red público-privada, centralizando la búsqueda de camas y generando compra al sistema privado sólo cuando en el público no exista disponibilidad. Hasta julio del 2010 se han trasladado 6268 pacientes, de los cuales el 54% ha sido dentro del sector público.

Con el presente trabajo se busca generar indicadores que ayuden a la operatividad, gestión y estrategia de la Unidad y que otorguen una evaluación del desempeño de ésta. Cada indicador está construido no sólo con el afán de contribuir a la medición del cumplimiento de la meta, sino también con el de inducir el arraigo de prácticas deseadas. El Sistema de Control de Gestión se plantea también como un apoyo sistemático a la construcción de una estrategia eficaz, adaptada y adaptable a los cambios del entorno. Se persigue generar conocimiento formal, no sólo en términos de la gestión, sino también en la identificación de tendencias en el comportamiento de los indicadores. Este conocimiento permitirá a los actores relevantes evaluar mejor sus propias posibilidades y oportunidades de intervención y de acción, entregando una visión que permita anticipar y aclarar el porvenir, dando una oportunidad a la reflexión prospectiva.

La metodología elegida para realizar el trabajo corresponde a la sugerida en el manual "Indicadores de Desempeño en el Sector Público" del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Esta incluye nueve etapas en la construcción de indicadores: revisión de la Misión, definición de medidas de desempeño clave y centros de responsabilidad, definición de referentes comparativos, construcción de fórmulas, recolección de datos, validación de indicadores, análisis de resultados y comunicación de éstos. A esta metodología se le añadió la descripción de los principales procesos existentes y al momento de la construcción de fórmulas, se incluyó un análisis de factores críticos que, en conjunto con los objetivos estratégicos, clarificaran las necesidades de la medición y las prácticas que se desea inducir.

Con el fin de alcanzar los objetivos se realizó un trabajo de campo durante los últimos tres meses del año 2009 y se desarrollaron labores al interior de la unidad entre abril y junio del presente año. Esto permitió reconocer el funcionamiento de la UGCC e insertarse en los procesos críticos que se perciben en el sistema, detectando aquellos aspectos clave en la consecución de objetivos y en el desempeño de la gestión.

Se concluye el trabajo con el diseño de 13 indicadores para el control de gestión y con la entrega de una propuesta de mejora del Sistema que recomienda la futura inclusión de otros indicadores y sugerencias que permitirían mejoras en la gestión.

El trabajo se desarrolló con el apoyo del Ministerio de Salud, a través de la enfermera encargada de la UGCC. Su interés en el desarrollo de este trabajo se relaciona con la necesidad de generar mediciones sistemáticas y estructuradas de la gestión al interior de la unidad, como también con el apoyo que un sistema de control de gestión entrega al proceso de planificación.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mis padres por plasmar en mí los intereses que de alguna u otra forma me llevaron a desarrollar este trabajo en el sector público, al servicio de las personas. Gracias por su apoyo y confianza incondicional.

A mis amigos por ser lo más valioso descubierto en esta etapa de mi vida. Gracias por el aprendizaje, por haber moldeado parte importante de lo que soy hoy en día y por permitirme admirar a tanta gente en tan poco tiempo.

En especial, gracias a la Unidad de Gestión de Camas del Ministerio de Salud en donde fue realizado este trabajo. No sólo por la disposición y ayuda permanente, también por la enseñanza de otras cosas más sutiles y a la vez más importantes como la realización de un trabajo con sentido.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
1.2 OBJETIVOS.....	4
1.2.1 <i>Objetivo General</i>	4
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	4
1.3 ALCANCES.....	4
1.4 RESULTADOS ESPERADOS	4
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA.....	5
2.1 MARCO CONCEPTUAL	5
2.1.1 <i>Control de Gestión</i>	5
2.2.2 <i>Indicadores de Gestión</i>	6
2.2 METODOLOGÍA	7
2.2.1 <i>Construcción de Indicadores</i>	7
2.2.2 <i>Descripción de Procesos</i>	13
CAPÍTULO 3: ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LA UGCC	14
3.1 DEFINICIONES BÁSICAS	14
3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA UNIDAD.....	16
3.2.1 <i>Creación y puesta en marcha</i>	16
3.2.2 <i>Objetivos</i>	17
3.2.3 <i>Justificación de su Creación</i>	18
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD	19
3.3.1 <i>Descripción general del funcionamiento</i>	20
3.4 HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD	21
CAPÍTULO 4: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA	25
4.1 CARACTERIZACIÓN DE INSTITUCIONES Y ROLES.....	27
4.1.1 <i>UGCC Central</i>	27
4.1.2 <i>Servicios de Salud</i>	28
4.1.3 <i>Hospitales</i>	30
4.1.4 <i>Clínicas</i>	32
4.1.5 <i>Salud Responde</i>	33
4.1.6 <i>UGCC Regional</i>	33
4.1.7 <i>Encargadas Regionales</i>	33
4.1.8 <i>SAMU</i>	33
4.1.9 <i>FONASA</i>	34
4.2 DESCRIPCIÓN DE PROCESOS EN EL SISTEMA	34
4.2.1 <i>Solicitud de Ubicación de un Paciente en la Red</i>	35
4.2.2 <i>Ubicación de un Paciente en la Red</i>	36
4.2.3 <i>Seguimiento y Rescate de Pacientes</i>	40
4.2.4 <i>Supervisión de Seguimiento y Rescate de Pacientes</i>	41

CAPÍTULO 5: DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	42
5.1 VISION, MISIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	43
5.1.1 <i>Misión y Visión del Ministerio de Salud</i>	43
5.1.2 <i>Misión Subsecretaría de Redes Asistenciales</i>	44
5.1.3 <i>Misión, Visión y Objetivos Estratégicos de la UGCC</i>	45
5.2 DECLARACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5.3 MEDIDAS DE DESEMPEÑO CONSIDERADAS	48
5.4 DEFINICIÓN DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD	49
5.5 ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS	51
5.5.1 <i>UGCC Coordinadora Central</i>	51
5.5.2 <i>Salud Responde y UGCC Regional</i>	52
5.5.3 <i>Hospitales</i>	53
5.5.4 <i>Encargadas Regionales</i>	53
5.6 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES	53
5.7 VALIDACIÓN DE INDICADORES	55
5.8 INDICADORES ESTRATÉGICOS SELECCIONADOS	56
5.8.1 <i>Indicadores UGCC Coordinadora central</i>	57
5.8.2 <i>Indicadores Hospitales</i>	60
5.8.3 <i>Indicadores Salud Responde</i>	67
5.8.4 <i>Indicadores UGCC Regional</i>	68
5.8.5 <i>Indicadores Encargadas Regionales</i>	69
5.9 MEDICIÓN DE PRUEBA	70
CAPÍTULO 6: PROPUESTA DE MEJORA AL SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	73
6.1 PROPUESTA DE INDICADORES	74
6.2 RECOMENDACIONES	76
6.2.1 <i>Relación con el Sistema Privado</i>	76
6.2.2 <i>Información Financiera</i>	78
6.2.3 <i>Planificación Estratégica de la Unidad</i>	78
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES	79
ANEXOS	81

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes temas que ha preocupado a las autoridades de salud ha sido la alta demanda de hospitalización y su permanente aumento. También lo ha sido el déficit en la oferta de camas críticas, principalmente en el Sistema de Salud Pública. Esta brecha de camas no se encuentra cuantificada¹, sin embargo, se expresa en la espera de hospitalización desde las unidades de emergencia y también en la espera que afecta a los pacientes provenientes desde los centros ambulatorios, que es el primer tipo de hospitalización que se ve afectado cuando hay escasez de camas. Así es como se han visto escenas de pacientes en los pasillos de los Servicios de Emergencia, hospitalizados por largos períodos en camillas, tipo de cama que claramente no les otorga una atención oportuna y adecuada a sus necesidades.

Varios factores propician este déficit relativo de camas: existen presiones sobre la demanda de salud, las que provienen, por un lado, de una población adulta en franco aumento y con requerimientos cada vez mayores y más prolongados de hospitalización, y por otro, de la epidemiología de las enfermedades crónicas y los estilos actuales de vida, sin dejar de lado demandas explosivas como lo ocurrido con la Influenza Pandémica H1N1. También se verifica un déficit en la gestión hospitalaria, ya que cuando se analizan las causales que prolongan la estadía sin justificación médica, estas son principalmente de carácter administrativo. Por su parte, distintos establecimientos de salud presentan carencia de recursos y resultados ineficaces².

Dado este escenario, se decide crear la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, en adelante UGCC, que comenzó su funcionamiento en mayo del año 2009. La unidad se concibió con el objetivo de fortalecer la gestión de camas hospitalarias dentro de la red público-privada, con prioridad en camas críticas, que permita dar las prestaciones de hospitalización necesarias en forma oportuna y adecuada a los requerimientos de salud de la población, optimizando el recurso disponible, tanto público y privado, y garantizando con equidad la distribución de estos, con asignación ordenada y priorizada de camas según nivel de complejidad, manteniendo un control sanitario y financiero de las prestaciones requeridas³.

Acorde a la opinión de quien fuera hasta hace poco tiempo coordinadora de la UGCC y luego Jefe de la Dirección de Gestión de la Red Asistencial, Dra. Milena Pimstein, es necesaria la implementación de una evaluación a la gestión de la unidad y su desempeño.

Si bien en un principio, a pesar de haberse implementado la UGCC en un corto tiempo y sin preparación ni marcha blanca, el Sistema de Salud pudo responder y adecuar su funcionamiento y gestión a esta nueva forma de hacer las cosas, en estos

¹ El año 2004 el Ministerio de Salud reconoció la brecha existente en relación a la cantidad de camas críticas que faltan en el País. En esos momentos el déficit ascendía a 117 camas UCI y 500 camas UTI. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2004; Vol(19) pág, 231.

² Lastra Torres, J. Estudio acerca del uso y gestión de camas hospitalarias en la Región Metropolitana. (2004)

³ Ministerio de Salud. Informe de creación, puesta en marcha y funcionamiento de la UGCC.(2009)

momentos se hace necesario comenzar a evaluar los resultados de forma rigurosa e implantar de forma definitiva las nuevas prácticas que la UGCC trajo consigo, aunando criterios y procedimientos.

Los propósitos sobre los cuales se enmarca este trabajo son presentar el diseño de un Sistema de Control de Gestión para la UGCC, que genere conocimiento sobre su desempeño y sirva de orientación a la toma de decisiones tanto estratégicas como de gestión, ya sea a nivel de la misma unidad como al interior de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El trabajo a desarrollar consiste en el diseño de un Sistema de Control de Gestión para la UGCC. Se busca establecer indicadores de gestión específicos que permitan medir el desempeño de la unidad, permitiendo poner énfasis en los aspectos que resulten críticos. Por otro lado, también se busca la generación de indicadores de índole estratégica, que apunten al seguimiento y evaluación de objetivos, que permitan concretizar la implementación de la estrategia y, que por lo demás, den la posibilidad de obtener una visión global del sistema.

Aclarando los diversos componentes del desempeño de la unidad, los actores relevantes pueden evaluar mejor sus propias posibilidades y oportunidades de intervención y de acción. Este trabajo pretende ser una guía para analizar aquellos aspectos de la gestión factibles de medir y mejorar, generando los cuestionamientos necesarios que contribuyan a la toma de mejores decisiones.

En cuanto a la viabilidad de la realización del trabajo, se cuenta con el completo apoyo del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, específicamente de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, a través de su coordinadora, Pamela Pérez. La organización pondrá a disposición toda la información necesaria para el desarrollo de este trabajo, como en su momento efectuó las gestiones y contactos necesarios para la ejecución del trabajo de campo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La principal utilidad del control de gestión en el marco de la justificación de la acción pública, tiene que ver finalmente con que a partir de datos fiables sobre los resultados se abre la posibilidad de informar sobre el uso de los recursos y el grado de obtención de los objetivos propuestos. Otra perspectiva sobre la importancia de los indicadores de gestión es que estos hacen posible la rendición de cuentas, la cual está en el centro del corazón del sistema de gobernabilidad política.

Los beneficios a través de la evaluación de indicadores de desempeño son múltiples, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:⁴

⁴ "Indicadores de desempeño en el sector público", Bonnefoy, JC; Armijo , M. Noviembre 2005.

1. Apoya el proceso de planificación (definición de objetivos y metas) y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
2. Posibilita la detección de nodos críticos en procesos o áreas de la institución en las cuales existen problemas de gestión tales como: uso ineficiente de recursos, demora excesiva en entrega de productos o servicios, asignación del personal a las diferentes tareas, etc.
3. Posibilita a partir del análisis de la información entre el desempeño efectuado y el programado, realizar ajustes en los procesos internos y readecuar cursos de acción eliminando inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios: eliminar tareas innecesarias o repetitivas, trámites excesivos o se definan los antecedentes para reformulaciones organizacionales.
4. Aún cuando no es posible establecer una relación automática entre resultados obtenidos y la asignación de presupuesto, contar con indicadores de desempeño sienta las bases para una asignación más fundamentada de los recursos públicos.
5. Establecer mayores niveles de transparencia respecto del uso de los recursos públicos, sentando las bases para un mayor compromiso con los resultados por parte de los directivos y los niveles medios de la dirección.
6. Apoya la introducción de sistemas de reconocimiento al buen desempeño, tanto institucional como grupal e individual.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Diseñar un Sistema de Control de Gestión para la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC).

1.2.2 Objetivos Específicos

Elaboración de una propuesta orientada a la mejora del Sistema de Control de Gestión de la unidad.

1.3 ALCANCES

Este trabajo de título culmina con la entrega al Ministerio de Salud, específicamente a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, del diseño de un sistema de control de gestión. El trabajo involucra no sólo la entrega de la documentación detallada del sistema de control y los indicadores involucrados, sino también la participación en el primer cálculo de éstos y el respectivo análisis de los resultados que se generen en esa primera instancia.

1.4 RESULTADOS ESPERADOS

El producto que se espera obtener de la realización de este trabajo corresponde a un Sistema de Control de Gestión de la UGCC. Sistema que se enfocará a generar aquellos indicadores que resulten relevantes según el criterio de la unidad, y que sean de importancia tanto nivel estratégico, como también a nivel operativo y de gestión.

Se pretende realizar un diseño que permita evaluar el desempeño de la gestión interna y de la gestión de los organismos externos que forman parte del funcionamiento de la UGCC. Cuyos resultados se encaucen en permitir mejoras en la gestión y en la dirección estratégica como también en la operatividad diaria.

Se concluirá con la primera evaluación de indicadores, es decir, su medición y posterior análisis, a modo de que represente lo que podría significar una fase de prueba.

Como resultados esperados al término de este trabajo se contará con una documentación detallada del sistema de control de gestión, en conjunto con el análisis de la primera medición.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Control de Gestión

Se entiende por control de gestión al proceso de conducción estructurado bajo una orientación táctico estratégica destinado a guiar las actividades de la empresa para que se realicen de la forma deseada, con eficiencia y eficacia, para el logro de los objetivos globales establecidos en la planificación estratégica.⁵

El sistema de control debe estar estrechamente relacionado con el proceso estratégico y la estructura de la empresa de manera que el control resulte eficaz. Es por esto que el sistema de control debe proporcionar información suficiente que permita elaborar la estrategia, mediante la planificación estratégica, y conocer la adecuación de la estrategia y de la estructura que se han diseñado. Además al proyectarse sobre una base de previsiones del futuro, debe ser flexible para permitir adaptaciones y ajustes necesarios que sean originados por discrepancia entre resultados previstos y obtenidos.

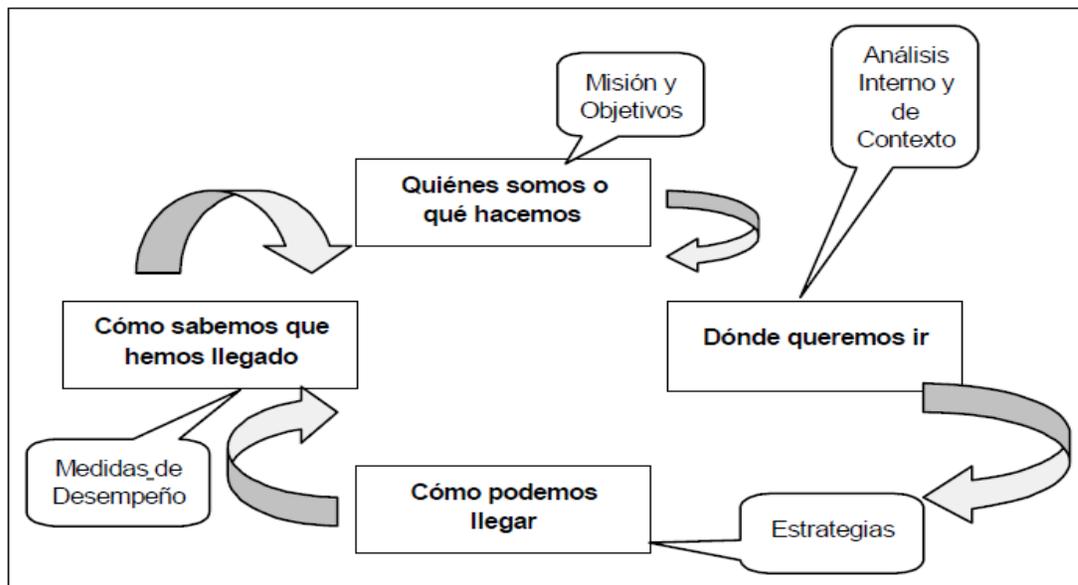
Como fase central del sistema de control se tiene la evaluación de desempeño, este se concentra en el monitoreo de resultados, a través de distintos indicadores, a fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos y/o el análisis de utilización de recursos.

En el caso de la evaluación del desempeño de las entidades públicas, el propósito es un *mix* entre el apoyo a la toma de decisiones de las estrategias para lograr mejores resultados y gestionar más eficiente y eficazmente sus procesos, así como apoyar la rendición de cuentas a usuarios y diferentes grupos de interés, y para fines de formulación presupuestaria, asignando recursos a cumplimiento de objetivos.⁶

⁵ “Control de Gestión una perspectiva de dirección”, Amat, JM.

⁶ “Indicadores de desempeño en el sector público”, Bonnefoy, JC; Armijo, M. Noviembre 2005.

Figura 1
CONTROL DE GESTIÓN COMO PARTE DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN



FUENTE: Manual N°45, Indicadores de desempeño en el sector público, CEPAL.(2005)

2.2.2 Indicadores de Gestión

Un indicador es una unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización, mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes externos o internos. Busca responder interrogantes claves sobre cómo se ha realizado la intervención, si se han cumplido los objetivos, el nivel de satisfacción de la población objetivo, entre otras.

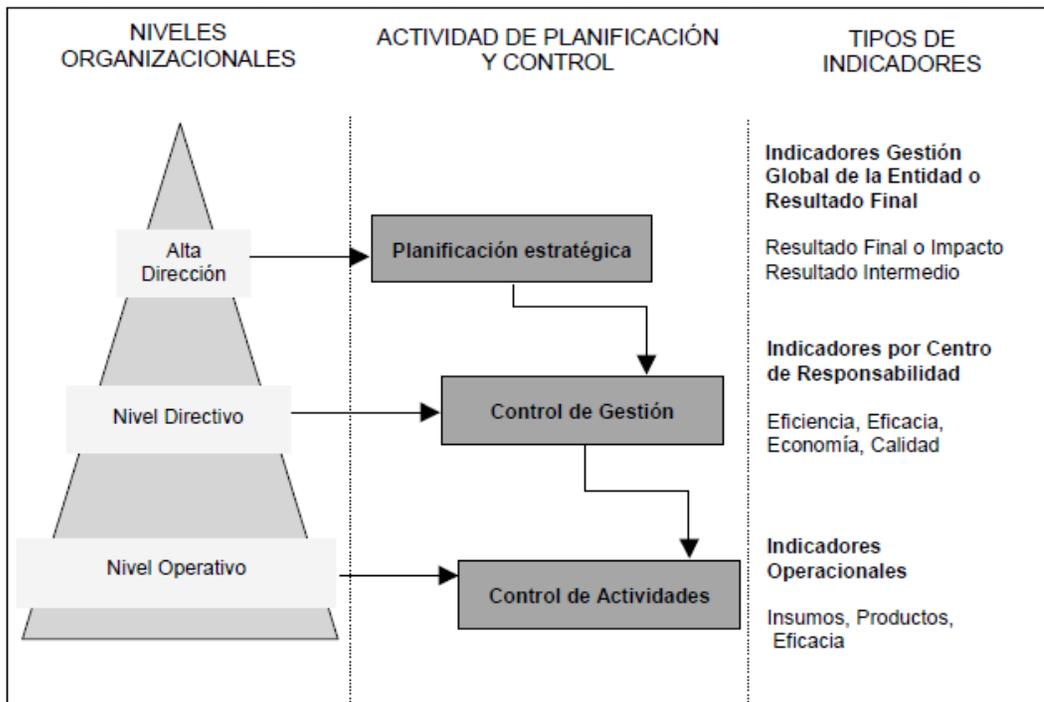
En suma, se busca evaluar cuán bien o cuán aceptable ha sido el desempeño de determinado organismo público con el objetivo de tomar las acciones necesarias para perfeccionar la gestión.

Teniendo en cuenta el objetivo de los indicadores de desempeño en el ámbito público, se abordará la siguiente taxonomía:

- Indicadores que entreguen información de los resultados desde el punto de vista de la actuación pública en la generación de los productos:
 - Insumos (*Inputs*)
 - Procesos o actividades
 - Productos (*Outputs*)
 - Resultados finales (*Outcomes*)
- Indicadores desde el punto de vista del desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía.

Figura 2

TIPOLOGÍA DE INDICADORES SEGÚN NIVEL ORGANIZACIONAL Y PLANIFICACIÓN



FUENTE: Manual N°45, Indicadores de desempeño en el sector público, CEPAL.(2005)

Los primeros indicadores son más funcionales al objetivo de rendición de cuentas, en tanto que los indicadores de la segunda clasificación están más orientados al objetivo de mejoramiento de la gestión y toma de decisiones. Un ambicioso programa de gestión por resultados debe tender a ambos tipos de objetivos, por lo que existe una complementariedad e interdependencia entre los dos tipos de indicadores.

Un requisito previo para la construcción de los indicadores y el sistema de control de gestión, es trabajar sobre las definiciones estratégicas de la institución. Esto implica abordar un proceso de revisión y/o validación de la misión, identificación de productos, objetivos y metas, cuyo cumplimiento será medido y evaluado a partir del instrumental desarrollado con los indicadores.

Los indicadores de desempeño en una organización pública o privada están presentes en toda la extensión del sistema de control de gestión, y como tal aportan a los tres niveles de decisiones: planificación estratégica, control de gestión y control de actividades.

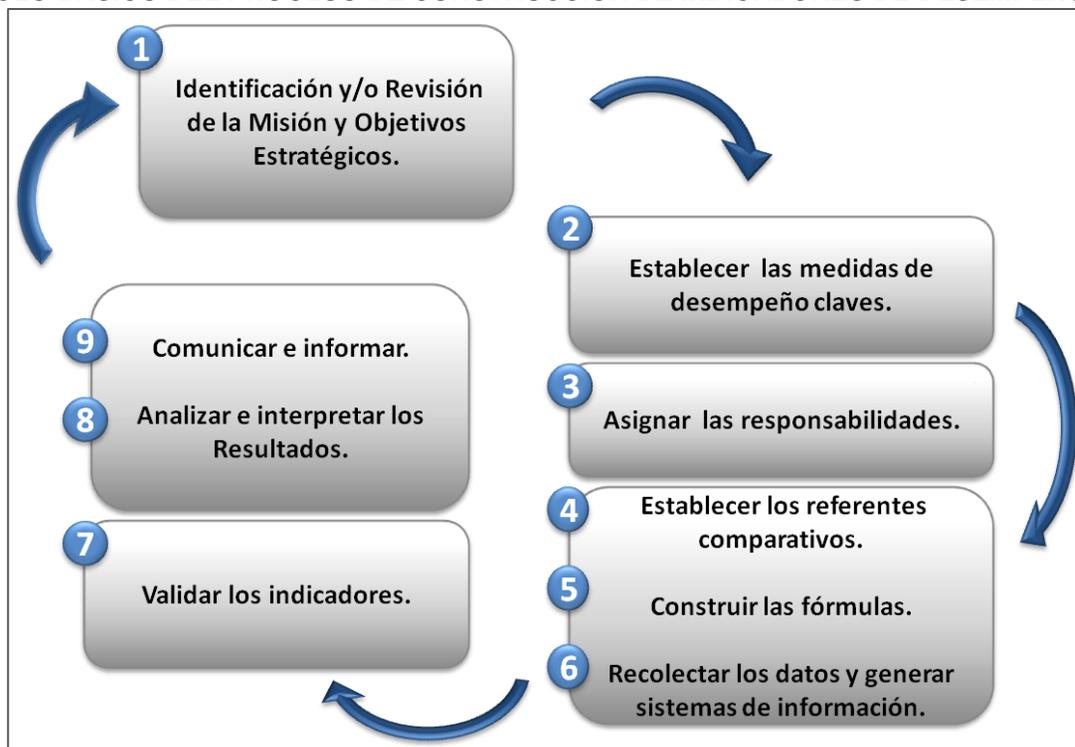
2.2 METODOLOGÍA

2.2.1 Construcción de Indicadores

La metodología para desarrollar el sistema de control de gestión para la unidad de gestión de camas críticas se basa principalmente en el manual N° 45 "Indicadores de

desempeño en el sector público” de la CEPAL. Esquemáticamente se ha dividido en 9 etapas principales como puede apreciarse a en la siguiente figura:

Figura 3
CICLO BÁSICO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE DESEMPEÑO



FUENTE: Manual N°45, Indicadores de desempeño en el sector público, CEPAL.(2005)

1. Revisión de productos y objetivos

Un aspecto central para asegurar la coherencia y legitimidad de los indicadores que se construyen, es analizar las definiciones estratégicas de las organizaciones a las cuales se realizará el esfuerzo de medición y evaluación del desempeño.

La planificación estratégica, como base para la evaluación del desempeño, se justifica en tanto permite identificar cuáles son las áreas o actividades centrales de un servicio y determinar dónde focalizar los esfuerzos de transformación y mejoramientos que posteriormente serán evaluados.

Este proceso de planificación estratégica se constituye en la base de la planificación operativa que consiste en traducir la misión organizacional, los lineamientos estratégicos definidos en objetivos de corto plazo y metas que permitan la identificación de las principales acciones a desarrollar y los recursos necesarios para ello.

En el caso de la UGCC, se cuenta con una Planificación Estratégica que define aquellos objetivos que se persiguen. Dicha planificación fue elaborada en abril del año 2010.

2. Identificar medidas de desempeño clave

En términos generales, las autoridades centrales responsables por el desarrollo de sistemas de indicadores para las instituciones públicas definen lo que es relevante medir en términos de las dimensiones de desempeño. En este caso en particular, junto con la visión y necesidades de las jefaturas de la UGCC, se suma un extenso trabajo de campo que se consensuó como primera etapa dentro de este trabajo. Incluyó visitas a todos los actores relevantes involucrados dentro del proceso que origina la gestión centralizada de camas. Por tal motivo, se convierte en una etapa clave dentro del desarrollo del presente trabajo. Es sólo en contacto con los actores directos, sus opiniones y la particularidad de sus realidades que se puede comprender a cabalidad el funcionamiento del sistema, lo que sin duda permite detectar de forma más certera aquello que es necesario monitorear dentro del desempeño de la UGCC, convirtiéndose en una visión anexa que complementa la percepción de la jefatura.

Las medidas de desempeño e indicadores que finalmente se construyan van a depender de los siguientes factores:

- Tipo de metas que se monitorean
- Prioridades de información tanto para fines internos, como externos
- Prioridades de evaluación
- Recursos disponibles

3. Establecer las responsabilidades organizacionales

Los indicadores de desempeño se despliegan a lo largo de toda la organización, y tienen como objetivo central entregar información sobre el grado de cumplimiento de las metas, las cuales están asociadas a determinados productos que se generan en diferentes áreas de la organización, los cuales tienen directivos o ejecutivos a cargo y son responsables por ello.

De esta manera un requisito central para operativizar los indicadores tiene que ver con la asignación de productos, metas e indicadores a cada una de las divisiones o áreas que tienen asignada dicha producción. Esta acción implica desarrollar centros de responsabilidad, los que tienen las siguientes características:

- Tienen productos estratégicos claramente asignables.
- Tienen objetivos traducidos en metas concretas a alcanzar.
- Tienen a la cabeza un directivo responsable con el cumplimiento de esos objetivos.
- Dicho directivo no sólo cuenta con la responsabilidad sino que también con la autoridad y las atribuciones para tomar las decisiones necesarias para el logro de los objetivos.
- Tienen asignados recursos humanos, materiales y financieros.

4. Establecer los referentes comparativos

Una vez que se ha acordado el tipo de indicador que medirá las dimensiones del desempeño, se han definido los responsables por los resultados, se deberán establecer idealmente de forma participativa (el jefe o director del centro de responsabilidad y funcionarios responsables de la producción de los bienes y servicios involucrados) los referentes sobre los cuales se comparará los resultados obtenidos por el indicador. Entre estos se puede considerar comparar con el desempeño pasado, sobre lo presupuestado o planeado o respecto a otras instituciones similares o comparables.

Frecuencia de la Medición

Una vez que se tienen asignados los indicadores que serán evaluados, por centro de responsabilidad, es necesario determinar cada cuanto tiempo es necesario establecer la medición, la cual puede ser anual, semestral o mensual. La frecuencia dependerá del uso de la información y de la relevancia de la medición.

En general para los indicadores que se requieren en el proceso presupuestario, la frecuencia de la medición y evaluación es semestral. Para aquellos indicadores necesarios para un monitoreo comparativo de costos medios por ejemplo, puede ser necesario llevar un control y evaluación mensual, pero ser informados semestral o anualmente. En el caso particular de este trabajo de título, se harán propuestas justificadas en términos de la frecuencia de medición, considerando los objetivos involucrado. Necesariamente la definición de la frecuencia depende de los consensos a los que se llegue con la jefatura y con quienes sean actores relevantes dentro de la UGCC, involucrando sus criterios y necesidades.

De forma resumida, los elementos claves para determinar la frecuencia de la medición tienen que ver con:

- El tipo de indicador (estratégico, de gestión u operativo)
- El uso de la información (interno o reporte externo)
- Costos asociados a la medición

5. Construir fórmulas y algoritmos

La construcción de las fórmulas o algoritmos que permitan construir el indicador es una fase que debe ser realizada una vez que se tenga claridad de las dimensiones que serán evaluadas, sobre qué producto o servicio y el cumplimiento de qué objetivos estratégicos se está midiendo.

El método de construcción de indicadores utilizará los objetivos estratégicos y los factores críticos analizados por centro de responsabilidad. La forma de proceder fue analizar cada objetivo por separado y luego identificar a aquel o aquellos factores críticos que más impactan sobre él. Al considerar estos factores críticos enlazados a sus Centros de Responsabilidad correspondientes, se visualizará aquello que se quiere medir y que induzca al objetivo que se persigue.

Figura 4
MÉTODO DE CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE DESEMPEÑO



FUENTE: Elaboración Propia.

Requisitos de los indicadores a nivel individual:

- Identificar un nombre para el indicador que debe ser claro y auto explicativo.
- Definir el objetivo del indicador, puede ser estratégico o no.
- Determinar o cuantificar el objetivo a alcanzar, siendo este un valor o varios en función de cómo se mida y defina.
- Deben poder identificar al responsable de cada indicador de control de gestión.
- Deben especificar la frecuencia o periodicidad del indicador.
- Se debe identificar la fuente de información de origen de los datos y el responsable de facilitar la información para calcular el indicador.
- Se debe poder medir la evolución de los objetivos o su situación en un momento del tiempo.
- Deben poder aportar información a los usuarios en el tiempo y la forma requerida.

6. Recopilar la información necesaria

La generación de información para la construcción de los indicadores es una tarea que implica asumir un conjunto de desafíos, entre los que se cuenta: identificación de la información pertinente, recursos para construir bases de datos, así como contar con los sistemas de información adecuados que posibilite apoyar la labor de control de gestión.

Los tipos de información que se requiere reunir es a lo menos la siguiente:

- Información contable-financiera: relativa a los costos de producción, ingresos, gastos, activos, etc.
- Información operacional: nivel de producción, estadísticas operativas.

Generalmente, en las primeras etapas de diseño de los sistemas de indicadores la recolección de los datos se constituye en uno de los principales obstáculos para la posibilidad de construir indicadores fiables y legítimos. Se prevé que, para el desarrollo de este trabajo, dicho obstáculo no sea de gran magnitud: se cuenta con una base de

datos originada en la plataforma web que sustenta la gestión centralizada de camas, de la cual se ha hecho un análisis exploratorio que indica que contiene bastante información relevante para la medición del desempeño, especialmente lo que concierne al área operativa de la UGCC. Por el momento no se cuenta con información del ámbito financiero, sin embargo, la jefatura de la unidad está comprometida con facilitar los apoyos necesarios para el desarrollo de esta memoria.

7. Validación de indicadores

Durante la etapa de validación, los indicadores que informarán sobre el desempeño obtenido deben cumplir una serie de requisitos técnicos y ajustarse a criterios que permitan asegurar su transparencia y confiabilidad como herramienta para la toma de decisiones, la rendición de cuentas y la orientación de la estrategia.

En la literatura relativa al diseño de indicadores existe consenso respecto del conjunto de criterios sobre los cuales se deben examinar los indicadores para analizar su coherencia y la capacidad de cumplir los fines para los cuales se construyen. Entre estos criterios destacan la pertinencia, relevancia, homogeneidad, costo, confiabilidad, simplicidad y comprensividad, oportunidad, no-redundancia, focalización en áreas controlables y participación.

8. Analizar los resultados obtenidos

El análisis de los resultados obtenidos una vez que se ha realizado la comparación entre las metas y lo efectivamente logrado, implica preguntarse las razones y circunstancias de por qué se obtuvo ese nivel de resultado.

La evaluación que se realiza a partir de los resultados obtenidos, entrega insumos para los siguientes tipos de análisis:

- Revisar las metas que fueron definidas, estableciendo si estas fueron o no realistas.
- Justificar la asignación de mayores recursos o su priorización.

El análisis de las medidas de eficacia aporta información útil a la rendición de cuentas desde las siguientes perspectivas:

- Si los programas son idóneos respecto de otras alternativas para conseguir los mismos objetivos. En particular para la UGCC, efectuar comparaciones entre lo que significa la compra de camas al Sistema Privado con lo que significaría la ampliación de cupos en el Sistema Público, definiendo aquello que resulta más beneficioso para el sistema.
- Las desviaciones entre los productos o servicios que se obtienen y los esperados (medidas de cobertura, focalización, capacidad de cubrir la demanda, etc.) A partir de la interpretación de la evaluación de desempeño a nivel de eficacia es importante dar explicaciones a por qué se producen las diferencias: se sobre o sub estimaron capacidades para proveer servicios, hubo mayor demanda por factores exógenos. O por el contrario; por ejemplo, si a pesar de una mayor demanda no estimada se tuvo capacidad de respuesta.

9. Comunicar e informar

Respecto a la comunicación de los indicadores, existen tres aspectos básicos a tener en cuenta:

- La comunicación de los resultados tiene que estar focalizada en los aspectos claves de la gestión, con mensajes simples, directos y demostrables.
- El contenido de la comunicación en lo posible debe ser educativo, considerando las necesidades de información de los usuarios.
- La información debe ser entregada en informes que tengan alguna periodicidad y elaborados considerando las particularidades de los diversos niveles de usuarios a los que van dirigidos.

2.2.2 Descripción de Procesos

Aquellos proceso que requerían de un detalle mayor para su descripción, como flujos de información, requerimientos, entre otros, fueron descritos mediante la metodología IDEF0. Ésta será descrita a continuación.

Figura 5
METODOLOGÍA IDEF0



FUENTE: Elaboración Propia

Entradas

Se representan por la izquierda de la caja y corresponden al material o información consumida o transformada por una actividad para producir salidas. Una actividad puede no tener entradas y la entrada a un proceso siempre es la salida de otro anterior.

Salidas

Corresponden a los objetos, productos o servicios producidos por la actividad o proceso y se representan por la derecha de la caja.

Control o Guía

Son los objetos que gobiernan o regulan cómo, cuándo y si una actividad se ejecuta o no. Se representan por el lado superior de la actividad. Ejemplos: Normas, guías, políticas, calendarios, presupuesto, reglas, especificaciones, procedimientos.

Mecanismos o Recursos

Son los recursos necesarios para ejecutar un proceso y se representan por el lado inferior de la caja de actividad. Una actividad puede no tener mecanismos. Ejemplos: Máquinas, programas de cómputo, Instalaciones, Recursos humanos, sistema de información.

CAPITULO 3: ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LA UGCC

3.1 DEFINICIONES BÁSICAS

1. Paciente Crítico⁷

Un paciente crítico es aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más de sus sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

2. Días de Estada

Corresponde al total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento, y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.

3. Camas Bloqueadas

Corresponden a las camas que en un centro asistencial no se encuentran disponibles pese a contar con equipamiento y financiamiento, ya sea por estar en malas condiciones o por no contar con una dotación de personal suficiente para ser operadas.

4. Rescate de Pacientes

Proceso en que el Hospital que ha derivado un paciente lo traslada de vuelta a sus instalaciones u otro establecimiento del Sistema Público o Privado de menor costo.

5. Seguimiento de Pacientes

En términos de la UGCC, el seguimiento implica el permanente rastreo de los pacientes que un Hospital ha derivado. Este seguimiento es de mayor importancia cuando se trata de derivaciones al Sistema Privado, ya que se busca que los Hospitales rescaten a estos pacientes lo antes posible.

6. Casos Nulos

Corresponden a las solicitudes de cama recepcionadas por Salud Responde pero que no culminan con el traslado del paciente. Los casos son anulados por variados motivos, entre estos: se encuentra cupo en el mismo Hospital, el paciente se agrava o estabiliza, etc.

⁷ Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2004. Vol. (19)

7. Casos Exitosos

Son los casos que terminan siendo derivados por al UGCC. Pueden ser enviados al Sistema Público o Privado.

8. Categorización Riesgo Dependencia

La categorización de pacientes es una medida estándar, a nivel de cuidados de enfermería, que utiliza una escala validada para identificar dependencia y riesgo de personas hospitalizadas por problemas de salud. La Dependencia se relaciona con la autonomía del paciente y la intensidad y diversidad de la asistencia que necesita. En cuanto al Riesgo, éste es determinado por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados terapéuticos seleccionados que indirectamente identifican riesgo, e intervenciones multidisciplinarias requeridas por condiciones de inestabilidad del usuario.

Cuadro 1
CATEGORIZACIÓN RIESGO DEPENDENCIA

RIESGO	DEPENDENCIA		
	1	2	3
A	A1	A2	A3
	Máximo riesgo y Dependencia total	Máximo riesgo y Dependencia parcial	Máximo riesgo y Autosuficiencia
B	B1	B2	B3
	Alto riesgo y Dependencia total	Alto riesgo y Dependencia parcial.	Alto riesgo y Autosuficiencia
C	C1	C2	C3
	Mediano riesgo y Dependencia total	Mediano riesgo y Dependencia parcial	Mediano riesgo y Autosuficiencia.
D	D1	D2	D3
	Bajo riesgo y Dependencia total	Bajo riesgo y Dependencia parcial	Bajo riesgo y Autosuficiencia

FUENTE: Elaboración Propia.

9. Unidad de Pacientes Críticos

En un Hospital la Unidad de Pacientes Críticos (UPC) reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y a la Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI). Son estas unidades las que reúnen a las camas críticas mencionadas anteriormente, y pueden ser de tres tipos: adultos, pediátricos o neonatos. En algunos casos también se separa en coronarias. Las camas agudas y básicas son para pacientes de menor riesgo y dependencia.

Cuadro 2
DESCRIPCIÓN DE CAMAS SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

CAMA	DESCRIPCIÓN
UCI	Cama para pacientes críticos cuyo estado clínico tiene características de extrema gravedad. Está dotada de tecnologías y equipos asociados a su alta complejidad, tanto en cantidad como en calidad.
UTI	Cama para pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia, manejo y cuidados de enfermería permanentes, además de cuidados médicos.
AGUDA	Cama para pacientes en condición inestable, generalmente descompensados y que requieren un nivel de cuidados de enfermería e intervenciones terapéuticas superior a los que proporciona el nivel de camas básicas e inferior a cama crítica.
BÁSICA	Cama para un paciente que, en cualquiera de las etapas de la enfermedad: evaluación; diagnóstico; tratamiento y/o recuperación, requiera que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería básicos para restablecer su salud en el menor tiempo posible.

FUENTE: Elaboración Propia.

3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA UNIDAD

En el año 2008 la situación de camas hospitalarias a nivel nacional, y en particular en las regiones de mayor densidad poblacional (Metropolitana, V, VIII y IX), fue de déficit permanente en adultos y estacional en niños⁸. Dentro de las camas hospitalarias tiene especial impacto lo que sucede con las camas críticas, donde la brecha es de alto impacto sanitario ya que su disponibilidad oportuna tiene el matiz de vital en muchos casos.

Además del déficit estructural ya mencionado del número de camas, se verificaba un déficit de gestión asociado de manera más significativa a “nodos críticos” que capturan muchos días de camas y que se ven amplificados por la gestión deficiente de los procesos principales intrahospitalarios.

Considerando lo anterior, durante el año 2008 desde el Ministerio de Salud se consideró fundamental el crecimiento estructurado de camas hospitalarias y particularmente de camas críticas, de modo tal de ir disminuyendo la brecha actual. También consideró la instalación sistemática de estrategias que aborden los nodos críticos detectados en cada red y el rediseño sistemático de los procesos principales intrahospitalarios con adecuada definición de responsables e indicadores.

3.2.1 Creación y puesta en marcha

A partir de mayo del 2009, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, en conjunto con FONASA, concluyeron desarrollar un modelo de gestión centralizada de camas. Dicho modelo debía permitir dar respuesta al déficit estructural de camas críticas del Sector Público, incorporando redes complementarias del sector privado en aquellos Servicios de Salud en que el déficit fuera más crítico.

La UGCC se originó a fin de optimizar el uso de los recursos hospitalarios de camas críticas y agudas públicas y su eventual necesidad de apoyo en la red privada. Considerando la demanda asimétrica de las diferentes Unidades de Emergencia Hospitalaria, se organizó un sistema de monitoreo de camas⁹ que vincula la oferta en línea de camas críticas con la demanda no satisfecha de camas críticas en los distintos establecimientos públicos, realizando la compra de camas privadas solo cuando la red pública se encuentre efectivamente agotada.

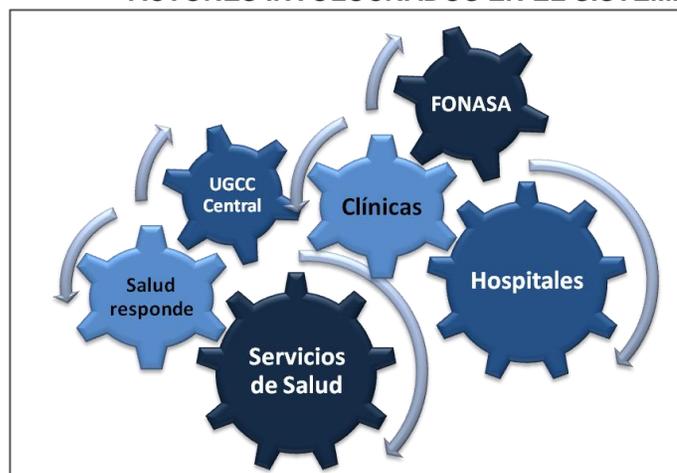
La coordinación del sistema se realiza mediante la Unidad de Gestión Centralizada de Camas. Opera a través de una plataforma informática, coordinada por un equipo de profesionales instalados en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en adelante UGCC Coordinadora Central, y de un *Call Center* ubicado en Salud Responde para la Región Metropolitana.

⁸ FONASA. Balance de Gestión Integral. 2009.

⁹ Previo al año 2009, existían iniciativas aisladas de parte de los hospitales para monitorear el uso de sus camas internamente. Con la UGCC, es posible monitorear todas las camas críticas del país, y hacer más eficiente su utilización al trasladar a un paciente.

De este modo, el sistema necesitaba para su funcionamiento de la participación de variados actores: Hospitales generadores de demanda y oferta; Clínicas receptoras de pacientes sin cabida en el Sistema Público; FONASA encargado de la compra al sistema Privado y de la gestión de los recursos financieros; Servicios de Salud a cargo de ejecutar las políticas provenientes desde el MINSAL, en este caso, aliado estratégico para implantar el funcionamiento de la UGCC en su red asistencial; Salud Responde responsable de conectar la oferta y demanda de camas y la UGCC Central encargada de la coordinación del sistema. Cabe mencionar la importancia de la plataforma informática como medio de apoyo al sistema. Ver Anexo A, B y C.

Figura 6
ACTORES INVOLUCRADOS EN EL SISTEMA



FUENTE: Elaboración Propia.

Las operaciones de la unidad comenzaron el 11 de mayo del 2009. El inicio de actividades de la UGCC estuvo fuertemente marcado por el comienzo de la pandemia por Influenza H1N1 y un brote de Virus Respiratorio Sincicial (VRS) en niños. El aumento de demanda asociado a la pandemia resultó ser de gran magnitud, prácticamente duplicando el número de atenciones en urgencia y hospitalizaciones a las registradas en periodo equivalente del 2008¹⁰.

3.2.2 Objetivos

El objetivo principal de la UGCC es la optimización de los cupos disponibles en el Sistema Público antes de generar compra en el Sistema Privado, preservando como elemento central la oportunidad de la atención adecuada de los pacientes, equidad, y control de la gestión global.

Objetivo General

- Fortalecer la gestión de camas hospitalarias dentro de la red comenzando por las regiones con mayor brecha, para luego completar todas las regiones del país.
- Implementar un modelo estructurado de compra de camas a prestadores privados de salud.

¹⁰ Ministerio de Salud. Informe de creación, puesta en marcha y funcionamiento de la UGCC. 2009

Objetivos Específicos

- Asignación ordenada y priorizada de camas públicas y privadas, según nivel de complejidad.
- Seguimiento y rescate de pacientes.
- Gestión de la Información para desarrollo de estrategias de mediano plazo.

3.2.3 Justificación de su Creación

El diagnóstico realizado el año 2008 por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Hospitales de la Región Metropolitana, particularmente a sus Unidades de Urgencia, corroboró que estas mantenían un número elevado de pacientes en espera de camas, lo que se reflejaba en un aumento de estos pacientes “hospitalizados” en camillas en el box de urgencia. Esta situación alteraba las dimensiones de calidad planteadas en la Reforma de Salud: oportunidad, acceso y equidad en la atención. Por otra parte, se alteraba el funcionamiento normal de la urgencia y a su vez, las autoridades no contaban con información en tiempo real del escenario acontecido, enterándose de las situaciones de colapso a través de los noticieros.

Este contexto instauró el juicio de que era necesario tomar acciones respecto de tres elementos claves: Urgencias descompensadas, existencia de una brecha de camas críticas y la necesidad de optimizar el funcionamiento de la red asistencial.

En relación a las Urgencias, el diagnóstico indicó que la Información existente hasta ese momento respecto de pacientes en espera de camas en dicha unidad no reflejaba la realidad. Faltaba contar con información oportuna de la situación de los Hospitales, haciéndose necesario demostrar y cuantificar la “Brecha palpable” en la práctica diaria.

En cuanto a las camas críticas, se comprobó la existencia de una compra no estructurada de estas al Sistema Privado, gasto que además originaba un gran porcentaje de la deuda no fundada de los Hospitales, dado que en el presupuesto de estos no existe un ítem destinado a la compra a privados. En consecuencia, el escenario observado generaba una pérdida de oportunidad en la atención para los pacientes.

Finalmente, el diagnóstico indicó que la utilización y funcionamiento de la Red Asistencial Pública no era óptima. Dada la demanda heterogénea de los distintos Servicios de Salud, se daba el caso de Hospitales recibiendo pacientes para los que no tenían cupo. En muchos casos estos pacientes eran derivados al Sistema Privado ocasionando altos costos, existiendo otro Hospital Público con cupo al que no se contactaba o que no entregaba su disponibilidad con el fin de resguardar sus camas en caso de que llegara un paciente que la necesitara. En este sentido el sistema existente resultaba muy poco solidario.

La situación descrita justificaba la creación de una Unidad de Gestión Centralizada de Camas. Existía la necesidad de disponer de información sistémica y sistemática para la mejor toma de decisiones, para enfrentar mejor la contingencia y para generar finalmente planificación y decisiones de gestión a nivel estratégico. También resultaba

importante el que los Hospitales y Servicios de Salud debían concentrar su esfuerzo en la mejoría de la gestión interna y de sus redes, delegando la compra de camas al Sistema Privado a un organismo central que representara a un cliente fuerte frente a los privados, generando economías de escala.

3.3 DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD

Para poder describir la UGCC es necesario comenzar situándola al interior del Ministerio de Salud, el cual se encuentra organizado internamente en dos Subsecretarías: de Salud Pública y de Redes Asistenciales. La UGCC depende de esta última Subsecretaría.

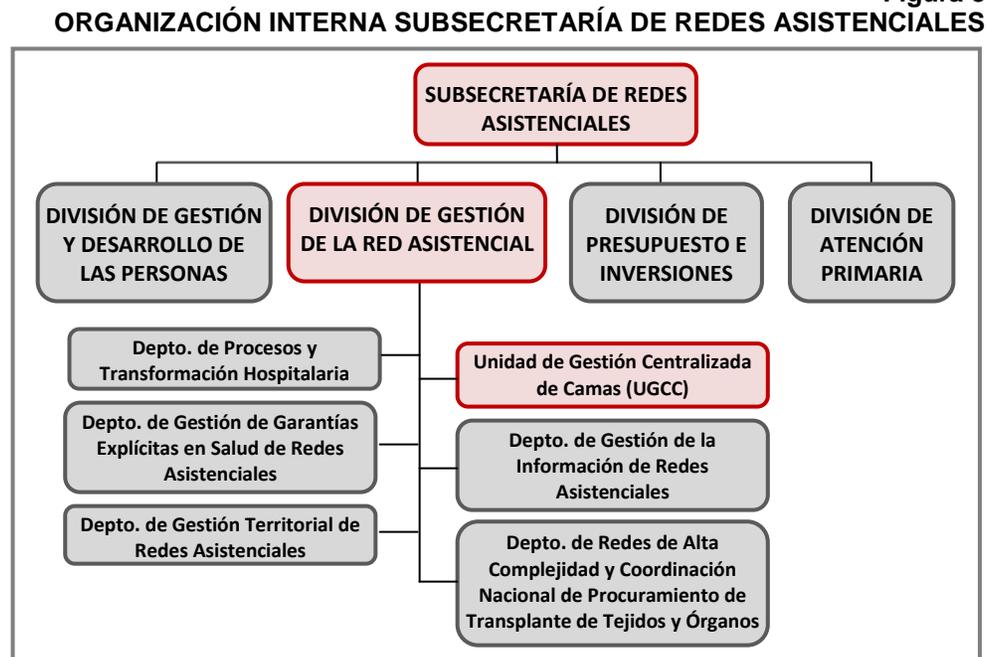
Figura 7



FUENTE: Elaboración Propia.

A su vez, la Subsecretaría de Redes Asistenciales está integrada y de ella dependen cuatro Divisiones. Dentro de estas, la UGCC se encuentra subordinada a la División de Gestión de la Red Asistencial, en adelante DIGERA.

Figura 8



FUENTE: Elaboración Propia.

3.3.1 Descripción general del funcionamiento

La UGCC consiste, a grandes rasgos, en un sistema de información que concentra la ocupación y disponibilidad de todas las camas gestionables de los establecimientos hospitalarios públicos de mayor complejidad. Esta información está disponible en ambiente web, con claves, en distintos niveles de acceso, desde los directivos hospitalarios hasta el Subsecretario de Redes Asistenciales. Si bien el foco principal del sistema es la gestión de las camas críticas, en la práctica se ha extendido a camas de todo nivel de complejidad.

Figura 9

VISUALIZACIÓN EN EL SISTEMA DE LAS CAMAS CRÍTICAS DE CADA HOSPITAL

N	UNIDAD	ID-CAMA	ESTADO	ESTADO	ALIAS	HORA CAMBIO ESTADO	FECHA CAMBIO ESTADO	CAUSA FUERA DE SERVICIO	CAUSA RESERVA	ESTADA	RIESGO	HORA RIESGO
1	-	43739		Ocupada	11 3.838.555-0 Ingreso 29/03/2010	07:40	24-07-2010	-	-	01 días, 14:27 Hrs	A1	00:08
2	-	43738		Ocupada	12 5.056.783-4	07:41	24-07-2010	-	-	01 días, 14:26 Hrs	A1	00:08

FUENTE: Sistema de Gestión Centralizado de Camas. Salud Responde.

La imagen corresponde a la dotación de camas críticas de un Hospital. Estas son divididas por complejidad, presentándose en distintas pestañas. En este caso en particular: UCI-ADULTO, UTI-ADULTO, UTI-ADULTO-CORONARIA, UCI-NEONATOLOGÍA, UTI-NEONATOLOGÍA. La cantidad de pestañas dependerá de cada Hospital y de los tipos de cama que tenga.

Figura 10

VISUALIZACIÓN DE LAS CAMAS BÁSICAS Y AGUDAS DE CADA HOSPITAL

ADULTOS						
Nivel	Total camas	Camas ocupadas	Camas disponibles	Camas no habilitadas	Camas reservadas	Fecha/hora última actualización
AGUDA	24	24	0			23-07-2010 09:07:48
Nivel	Total camas	Camas ocupadas	Camas disponibles	Camas no habilitadas	Camas reservadas	Fecha/hora última actualización
BASICA	108	108	0			23-07-2010 09:07:54
PEDIATRIA						
Nivel	Total camas	Camas ocupadas	Camas disponibles	Camas no habilitadas	Camas reservadas	Fecha/hora última actualización
BASICA	95	95	0	0	0	23-07-2010 09:08:00

FUENTE: Sistema de Gestión Centralizado de Camas. Salud Responde.

La visualización de camas básicas y agudas es distinta, dado que la importancia otorgada su gestión no equipara a la que tienen las camas críticas. Estas últimas se presentan de forma individual, con el paciente que la ocupa y diversas variables de

interés. En cambio, las básicas y agudas se presentan agrupadas (Figura 10), entregando sólo información agregada de su ocupación y disponibilidad.

Paralelamente, el seguro público (FONASA) desarrolla un modelo estructurado de compra de camas a prestadores privados de salud, a objeto de dar respuesta a la demanda de camas no satisfecha por los establecimientos públicos. Su participación, a través del Departamento de Comercialización, se concreta con un proceso de licitación de camas al Sistema Privado con el concepto de precio cierto, situación que permite transparentar el proceso y la reducción de los costos. Así se deja atrás la situación a la que se enfrentaban los distintos Hospitales cuando la demanda sobrepasaba la oferta y donde el traslado a la red se realizaba sin mayor gestión del caso, desconociendo y sin opciones de controlar el precio final de la prestación, sobre exigiendo además al personal asistencial con una función administrativa.

Esta licitación posibilita la elaboración, para cada nivel de complejidad de cama, de un *ranking* de Clínicas en estricto orden del precio ofrecido por un día cama de hospitalización integral¹¹.

Para coordinar esta oferta-demanda de camas, tanto al interior del Sistema Público como entre el Sistema Público y Privado, se instala un equipo de profesionales en Salud Responde (*Call Center* del Ministerio de Salud), los que son responsables de:

- Recepcionar el reporte diario de la ocupación y disponibilidad de camas de cada uno de los establecimientos públicos.
- Recepcionar el reporte diario de oferta de camas del sistema Privado de Salud (en la práctica esto no se lleva a cabo dada la poca rigurosidad de algunos privados en la entrega de esa información).
- Asignar las camas disponibles ante el requerimiento de estas por parte de algún Hospital.

3.4 HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD

Desde sus inicios la UGCC se ha visto marcada por importantes contingencias que ha debido enfrentar y resolver en su corta historia. Una de ellas fue la pandemia que afectó a nuestro país y al mundo a partir de Mayo del 2009.

Es relevante entonces mencionar el efecto de la UGCC en este escenario. El esfuerzo de la unidad permitió disminuir - en plena pandemia- la compra de camas al Sistema Privado. Al efectuar un análisis entre el 11 de mayo y el 11 de noviembre del 2009, se tiene que fueron efectuados 2.032 traslados por exceso de demanda de camas. De estos un 59% (1.191 traslados) se realizó entre Hospitales Públicos y el 41% (841 traslados) a Privados. Esto implica que en promedio se realizaron 140

¹¹ Día Cama de Hospitalización Integral es la prestación de salud referida a la ocupación de una cama en un establecimiento asistencial con los requerimientos definidos por FONASA para cada nivel de complejidad. Dependiendo de este nivel de complejidad, la licitación determina los equipos y tecnología que la clínica debe proveer, los procedimientos y medicamentos que deben ser incluidos, y nivel de cuidados médicos en cuanto a cantidad y tipo de profesionales.

traslados mensuales a prestadores privados en los 6 meses del análisis, post instalación de UGCC y con período de pandemia incluido.

Al revisar los antecedentes del año 2008 para la región Metropolitana se tiene que se realizaron un total de 2.337 traslados al Sistema Privado, con un promedio mensual de 195.

Resulta más esclarecedor aún el que durante el año 2009 los requerimientos de hospitalización aumentaron sustancialmente en comparación con el 2008. Durante el 2008 se realizaron 1.746.599 atenciones médicas de urgencia en la Región Metropolitana, las que aumentaron a 2.464.897 el año 2009. A pesar de esto, fueron efectuados menos traslados al sector privado el último año. Esto evidencia el impacto de la UGCC en la optimización del uso de camas del Sector Público.

Cuadro 3
COMPARACIÓN TRASLADOS AL SECTOR PRIVADO 2008/2009

TRASLADOS SECTOR PRIVADO	
Año 2009	Año 2008
841 traslados	2337 traslados
6 meses	12 meses
140 derivaciones mensuales a Privados	195 derivaciones mensuales a Privados

FUENTE: Elaboración Propia.

El análisis evidencia la mejora en el adecuado y oportuno acceso a una cama en base a una optimización del uso del recurso público, fundamentado en la colaboración de las redes con menor demanda en beneficio de las más desbalanceadas. Asimismo, la eficiencia en el uso de los recursos se mejora, ya que solo se compra camas cuando el sistema público en su totalidad está sin disponibilidad.

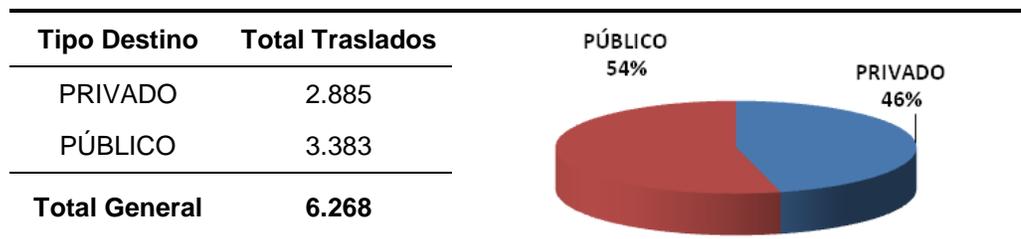
Cabe mencionar que el año 2009 entre los meses de enero y abril, previo a la instalación de la UGCC y al inicio de la pandemia, se derivaron 895 casos al Sector Privado, elevando el promedio de traslados mensuales a 224. Esta información esclarece aún más la optimización del uso de camas públicas generado por la UGCC.

Otro evento inesperado para el país, fue el terremoto ocurrido en Febrero del presente año, siendo el Sector Salud uno de los mas afectados. Se registró una gran pérdida de infraestructura hospitalaria: de 26.372 camas disponibles antes del terremoto, se perdió un 18%, lo que equivale a 4.700 camas. Fue en este momento en que la UGCC colaboró y se hizo cargo de 1.561 derivaciones, entre el periodo del 27 de Febrero al 30 de Abril del 2010. El 65% de estos traslados fueron realizados a la red pública. A su vez el 41% fue a UCI y el 19% a UTI.

En el período completo de funcionamiento de la UGCC, desde el 11 de mayo de 2009 al 18 de Julio del presente año, se han trasladado 6.268 pacientes. De estos el 54% ha sido derivado a otro Hospital de la Red Pública y el 46% se ha ido al Sistema

Privado. Se presentan a continuación diversos análisis de los traslados efectuados: por tipo de destino, tipo de cama y zona de origen.

Cuadro 4
TRASLADOS UGCC SEGÚN TIPO DE DESTINO

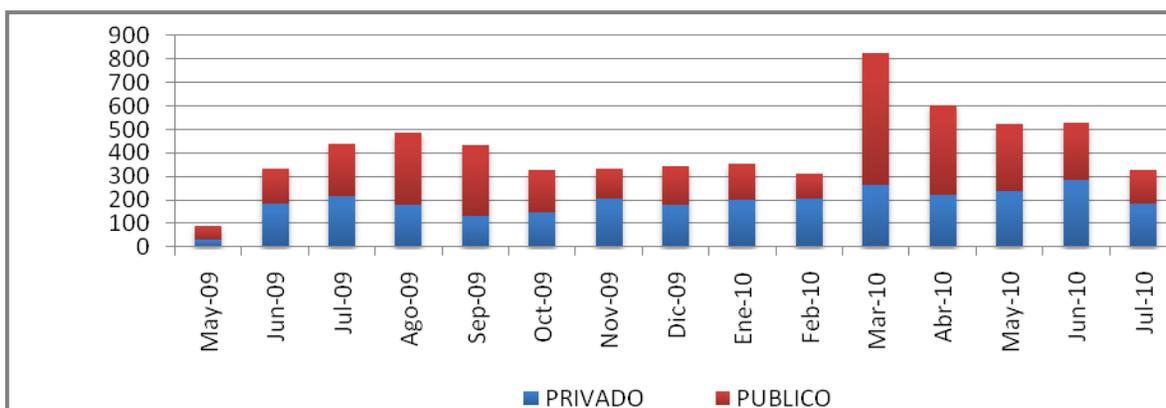


FUENTE: Elaboración Propia.

Se presenta a continuación la evolución mensual de la cantidad de traslados según tipo de destino. En ella se observan claramente los efectos de la pandemia en los meses de julio y agosto del 2009 y también el impacto producido por el terremoto en los meses de marzo y abril.

Cuadro 5
EVOLUCIÓN MENSUAL DE TRASLADOS SEGÚN TIPO DE DESTINO

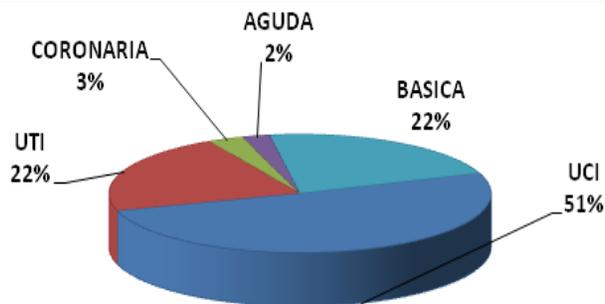
	May-09	Jun-09	Jul-09	Ago-09	Sep-09	Oct-09	Nov-09	Dic-09	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10	Jul-10	TOTAL
PRIVADO	31	184	217	181	130	150	208	182	200	205	266	224	235	286	186	2885
PÚBLICO	57	151	220	307	306	179	125	164	154	107	560	381	287	243	142	3383
TOTAL	88	335	437	488	436	329	333	346	354	312	826	605	522	529	328	6268



FUENTE: Elaboración Propia

Cuadro 6
TRASLADOS UGCC SEGÚN TIPO DE CAMA

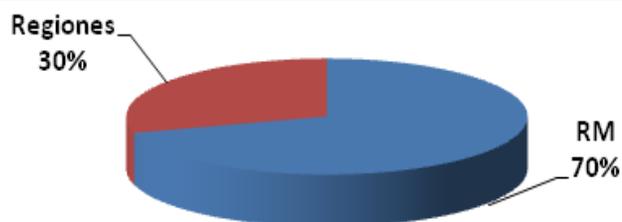
Tipo Cama		Traslados
Críticas	UCI	3.181
	UTI	1.376
	CORONARIA	185
No Críticas	AGUDA	146
	BASICA	1.380
Total General		6.268



FUENTE: Elaboración Propia.

Cuadro 7
TRASLADOS UGCC SEGÚN ZONA DE ORIGEN

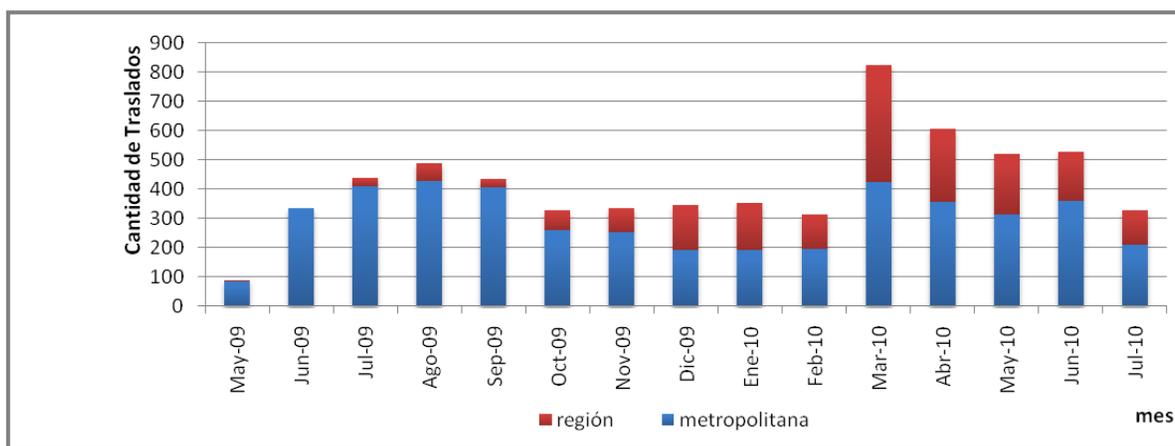
Zona de Origen	Total
Metropolitana	4.414
Regiones	1.854
Total General	6.268



FUENTE: Elaboración Propia.

Cuadro 8
EVOLUCIÓN MENSUAL DE TRASLADOS SEGÚN ZONA DE ORIGEN

	May-09	Jun-09	Jul-09	Ago-09	Sep-09	Oct-09	Nov-09	Dic-09	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10	Jul-10	TOTAL
RM	85	335	411	427	405	259	251	192	190	195	425	356	313	359	211	4414
Regiones	3	0	26	61	31	70	82	154	164	117	401	249	209	170	117	1854
TOTAL	88	335	437	488	436	329	333	346	354	312	826	605	522	529	328	6268



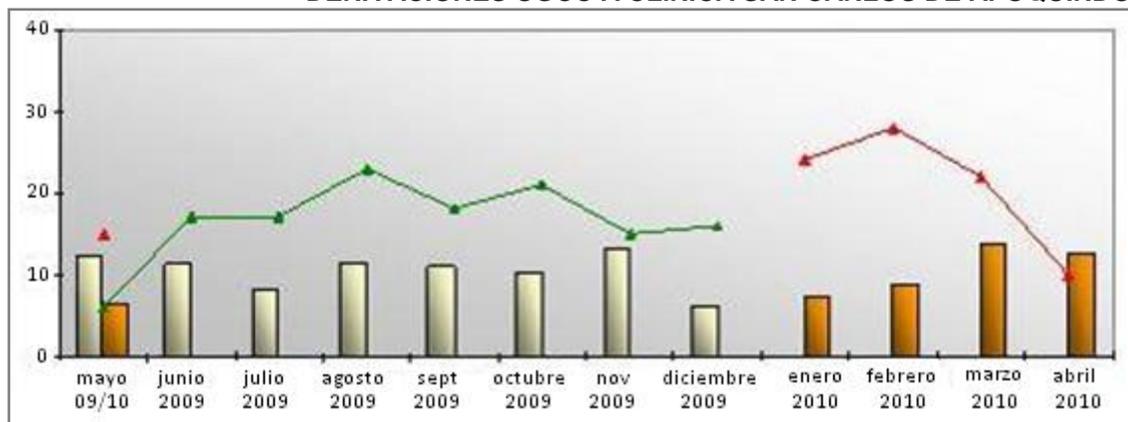
FUENTE: Elaboración Propia.

A partir de abril del presente año se da inicio a uno de los planes de trabajo de la UGCC que tiene por objetivo establecer contacto directo semanal desde la UGCC central con cada una de las instituciones, tanto de la red pública como privada, a fin de estandarizar la información, mantener actualizados los registros, analizar los datos y apoyar a los centros derivadores y receptores en lo que respecta a la gestión de seguimiento y rescate de los pacientes.

Esta coordinación con las Clínicas ha impactado en la disminución en el promedio de los días de estada de los pacientes derivados. Esta información se visualiza a continuación, en donde se comparan las derivaciones realizadas a la Clínica San Carlos de Apoquindo¹².

Las barras corresponden al promedio de días de estada durante el mes y la línea al número de pacientes hospitalizados durante el mismo mes. El mes de mayo es el único que presenta medición del promedio de estada para ambos años, 2009 y 2010. Al comparar dicho mes de ambos años, se observa que el promedio de días de estada disminuye a la mitad el año 2010.

Figura 11
DERIVACIONES UGCC A CLÍNICA SAN CARLOS DE APOQUINDO



FUENTE: Reseña UGCC (2010).

CAPITULO 4: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA

La posibilidad de efectuar un acercamiento en terreno a todos los actores relevantes dentro del proceso que genera la UGCC, resultó ser clave para conocer y entender el sistema y su funcionamiento. El poder conversar con quienes están a cargo y con quienes resuelven los problemas cotidianos en todos los ámbitos de funcionamiento, entregó una visión que se aleja bastante de lo que puede ser conocer el sistema sólo desde el papel y desde la opinión de la jefatura de la Unidad.

¹² Se utiliza la información de esta Clínica por ser la que envía, hasta el momento, los reportes más completos.

Como primera etapa del trabajo, se realizó entre los meses de Octubre y Diciembre del año 2009 un reconocimiento en terreno de todos los actores involucrados en el funcionamiento de la UGCC:

FONASA

Se obtuvo conocimiento de los mecanismos administrativos involucrados en compras de camas al sistema privado y acercamiento general al marco financiero de los servicios.

SALUD RESPONDE

Se conoció el funcionamiento de la plataforma *call center*, las labores de sus telefonistas, sus opiniones y la cotidianeidad de sus jornadas con todo lo que ello implica.

CLINICAS

Se obtuvo la visión de la implementación del proceso desde las Clínicas, conociendo las modificaciones organizacionales a las que tuvieron que dar paso para poder adaptarse al funcionamiento de la UGCC. Se efectuaron visitas a dos clínicas: San Carlos de Apoquindo y Clínica Indisa.

EGC Hospitales (encargados de gestión de camas)

Se escogieron hospitales con diferente grado de desarrollo de la gestión de camas y modelos. Se conoció la dinámica de la gestión de camas en cada uno de ellos y los roles existentes en los hospitales relacionados con la entrega de la información a la UGCC. Se logró también un acercamiento a la percepción de los usuarios internos. Los hospitales visitados correspondieron al Sótero del Río, Barros Luco, San Juan de Dios y Calvo Mackenna.

UGCC Coordinadora Central

Se conoció la función de quienes en ese momento componían el equipo UGCC Central.

- **MILENA PIMSTEIN:** En ese momento coordinadora de la UGCC. A través de ella se conoció el proceso de implementación de la unidad desde sus inicios, como también todas las acciones de consolidación de la UGCC. También se tuvo acceso a los reportes de información que hasta entonces se realizaban para la gestión.
- **VILMA OLAVE:** Encargada de derivaciones. Dio a conocer la dinámica para el seguimiento de las derivaciones al sistema privado, el rescate de pacientes desde Clínicas a Hospitales y los modelos de interacción con Clínicas y Hospitales.
- **PAMELA PEREZ:** Encargada de coordinación operativa general. El reunirse con ella permitió conocer la estructura relacional hacia los Servicios de Salud y Hospitales. También todo lo relacionado con la plataforma web y el control y gestión de esa información.
- **FANNY CRIADO:** Encargada del proceso de consolidación de la información. Dio a conocer todo el manejo de la base de datos generada por el sistema web.

Las entrevistas reflejaron las inquietudes de los diversos actores, lo que ellos consideraban que aún faltaba por mejorar y también lo que creían se hacía correctamente.

EL trabajo de campo no sólo permitió internalizar el proceso y sus puntos críticos, también entregó la posibilidad de generar reflexión sobre aquellas cosas que eran factibles de mejorar y de gestionar. Sobre aquellas que resultaría beneficioso medir su desempeño para poder mejorar la toma de decisiones.

4.1 CARACTERIZACIÓN DE INSTITUCIONES Y SUS ROLES EN EL SISTEMA

La UGCC involucra a diversos actores en su funcionamiento, siendo la interacción de todos ellos lo que hace posible la gestión centralizada de los casos. Entre estos actores, como se mencionó en el Capítulo N°3, se encuentran la UGCC Central, Hospitales, Clínicas, FONASA, Servicios de Salud y Salud Responde.

Para el adecuado funcionamiento de la unidad se hace necesaria la intervención de sistemas de apoyo. Particularmente, el manejo de información cuenta con el soporte de un sistema en línea que opera mediante plataforma web y el proceso de traslado de pacientes cuenta con el apoyo del Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

Se presenta a continuación la caracterización de cada una de las instituciones mencionadas y su rol en el Sistema.

4.1.1 UGCC Central

Corresponde a la Unidad Coordinadora, la cual desarrolla sus funciones en dependencias del Ministerio de Salud. Sus funciones son principalmente de Gestión de la Información y Coordinación Operativa.

Cuenta con un equipo dedicado a la supervisión del funcionamiento global del sistema en los distintos niveles de ejecución: área Informática, funcionamiento en plataforma de Salud Responde, actividad de Enfermeros de Salud Responde, funcionamiento a nivel de Hospitales y Servicios de Salud y supervisión de derivaciones, seguimiento y rescate de pacientes.

En la actualidad, el equipo está compuesto por cuatro personas.

Figura 12
EQUIPO UGCC CENTRAL

Pamela Perez	•Encargada UGCC
Fanny Criado	•Coordinación Operativa y Gestión de la Información
M ^a Elena Campos	•Encargada Operativa de Región Metropolitana y Clínicas
Susana Fuentealba	•Encargada Operativa de Regiones y Clínicas Regionales

FUENTE: Elaboración Propia.

Gestión de la Información

A través del permanente análisis del funcionamiento del Sistema esta Unidad busca extraer información sobre la gestión que pueda generar propuestas de mejoras en los

procesos que se llevan a cabo. En este mismo ámbito, es responsable de entregar información de interés a la jefatura directa, en este caso, a la División de Gestión de Redes Asistenciales.

La Unidad persigue contar con información fidedigna y en tiempo real de las camas, para una adecuada gestión del recurso. Asimismo, esta información en forma sostenida permite identificar con más precisión los requerimientos de camas en relación a las brechas existentes.

El equipo maneja la información entregada por el sistema informático. Esta información permite conocer la situación hospitalaria desde tres grandes ámbitos:

- Urgencias (UEH): Supervisión y monitoreo del total de pacientes en espera, y a partir del mes de Junio, de consultas en Urgencia en 24 horas y consultas respiratorias en 24 horas.
- Camas Críticas: Supervisión y monitoreo de disponibilidad de camas, tipo de cama, categorización según riesgo-dependencia de pacientes, N° de días de estada de pacientes y camas bloqueadas o fuera de servicio por hospital.
- Derivaciones: Supervisión y monitoreo de pacientes trasladados tanto a Hospitales como Clínicas.

Coordinación Operativa

En términos operativos, esta unidad es responsable de mantener coordinación permanente con todos los actores. Interviene también en la resolución de temas complejos o decisiones mayores, siendo estos del tipo:

- Casos de extrema gravedad/complejidad que implican toma de decisiones clínico-administrativas en la resolución del caso.
- Casos no habituales que incluyen prestaciones de alto costo, no cubiertas en el Sistema Público.
- Situaciones críticas como: falta de cupos públicos/privados en la región, dificultades en traslados por déficit de móviles o requerimiento de traslados aéreos.

También se encuentra dentro de sus labores la supervisión de las derivaciones, principalmente las realizadas a privados. A través de las Encargadas Operativas, la UGCC Central es encargada de la búsqueda de mecanismos que permitan, a través de una adecuada y oportuna supervisión de las derivaciones al Sistema Privado, disminuir al máximo, sin comprometer la adecuada atención del paciente, los costos financieros asociados a la compra de prestaciones en el Sistema Privado.

4.1.2 Servicios de Salud

Los Servicios son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Dentro de sus funciones se encuentran la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento,

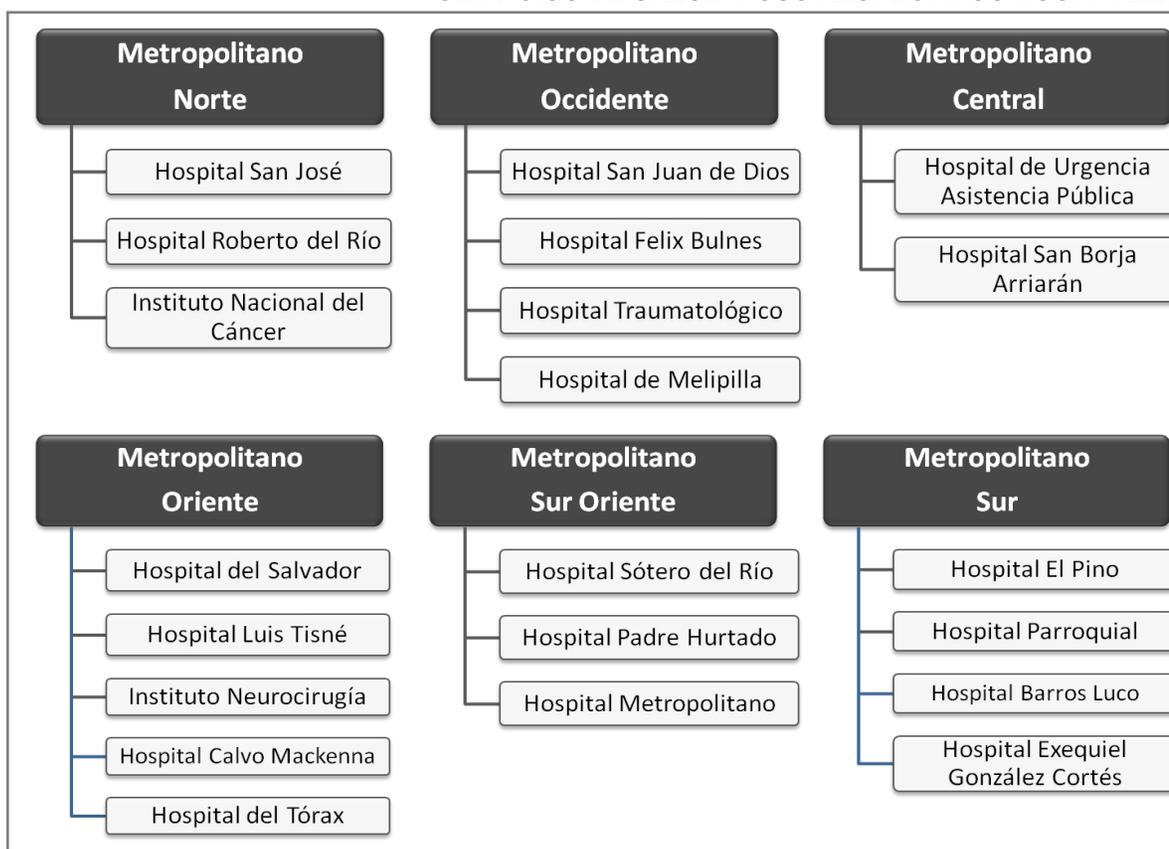
protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas¹³.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio y los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio. Esta red deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

En lo que se refiere a su funcionamiento, los Servicios de Salud se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

Se presenta a continuación un diagrama con los Servicios de Salud de la Región Metropolitana y sus correspondientes Hospitales de Mayor Complejidad.

Figura 13
SERVICIOS DE SALUD Y SUS RESPECTIVOS HOSPITALES



Fuente: Elaboración Propia.

¹³ Servicios de Salud. www.redsalud.gob.cl

Rol de los Servicios de Salud dentro de la UGCC

El rol de los Servicios de Salud dentro del Sistema se origina en que estos tienen la función de ejecutar, a través de su red asistencial de hospitales, postas y consultorios públicos, las políticas que el MINSAL dictamine. El papel que juegan es importante dado que los Hospitales de la red responden y obedecen al Servicio al cual pertenecen. Por esta razón, los Servicios se convierten en un aliado al momento de implementar la UGCC y validar los cambios que en los procesos origina. Por otro lado, permite que los cambios producidos, como por ejemplo las nuevas prácticas introducidas, formen parte de las obligaciones del Hospital y pueda ser luego su cumplimiento exigido por parte del Servicio y también del Ministerio a través de la UGCC Central.

Dentro de cada Servicio se designa a un Gestor de Camas. Será éste el nexo con la UGCC Central y también a quien deban dirigirse los Hospitales de su Servicio frente a cualquier solicitud de cama que se origine.

1. Gestor de Cama Servicio Salud (GCSS)

Responsable de todos los Hospitales de su Servicio en cuanto a requerimientos del funcionamiento de la UGCC. Debe tener autoridad administrativa y clínica, que le permita analizar e indicar el procedimiento adecuado frente a cada situación, de modo de asegurar la óptima gestión interna.

Principales Responsabilidades:

- Resuelve las solicitudes de cama de Hospitales Públicos de la red de su Servicio.
- Autoriza las solicitudes de compra de cama a Privados.
- Es quien se contacta con Salud Responde y quien entrega al Enfermero de este *Call Center* los datos de contacto del médico derivador y el estado general del paciente para llenado de formulario de derivación y contacto posterior.

4.1.3 Hospitales

Dentro del Sistema son los Hospitales Públicos quienes originan la demanda de derivaciones a la Red, ya sea Pública o Privada.

Rol de los Hospitales dentro de la UGCC

Dado que representan a la institución que activa cada proceso de traslado, se mantienen instancias de comunicación directa desde la UGCC Central con los Directores y Sub-Directores Médicos de los Hospitales, en la perspectiva de entregar información y trabajar conjuntamente en pos de la mejoría de la gestión en los ámbitos que se cruzan con el accionar de la UGCC.

Se solicita a cada hospital un encargado médico de la gestión y seguimiento de pacientes derivados, con el que se trabaja estrechamente en el seguimiento, rescate y autorización de procedimientos, todo esto dirigido principalmente a aquellas derivaciones al Sistema Privado.

1. Subdirector Médico Hospital

Responsable del funcionamiento del Hospital en cuanto a los requerimientos de funcionamiento de la UGCC.

Principales Responsabilidades:

- Gestiona camas intrahospitalarias aplicando criterios clínicos y administrativos.
- Se comunica con el Gestor de Camas del Servicio de Salud cuando ya se ve superado el nivel local.
- Frente a solicitud de compra de camas, es el responsable de verificar que las posibilidades de cupo en su Hospital estén agotadas.
- Una vez trasladado el paciente a la red, es responsable de que se efectúe el seguimiento y rescate de éste.

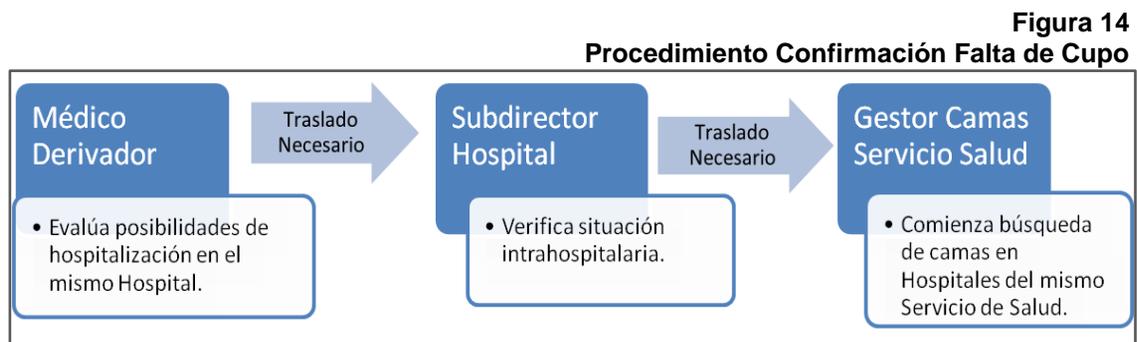
2. Médico Derivador

Es quien está a cargo del paciente que requiere traslado.

Principales Responsabilidades:

- Es responsable de evaluar posibilidades de hospitalización intrahospitalarias y en la red local del Servicio de Salud al que pertenece.
- Si considera necesario traslado fuera de la red local o al extrasistema, por condición del paciente, o situación de su Unidad, es el responsable de avisar el requerimiento al Subdirector del Hospital.
- Responsable de entregar datos requeridos a Salud Responde para completar formulario de traslado.
- Es quien debe contactarse con médico de centro receptor de paciente (contacto entregado por Enfermero Salud Responde, en adelante ESR), para entregar información clínica detallada.
- Si se acuerda traslado, debe avisar (o delegar a otro) a ESR para comenzar seguimiento.

Se presenta el siguiente diagrama que esclarece el procedimiento interno, previo a la solicitud de camas en otros centros asistenciales.



Fuente: Elaboración Propia.

3. Encargado(a) Gestión de Camas en Hospital (EGCH)

Cada Hospital debe designar a alguien responsable de la gestión de camas intrahospitalarias, quien también se mantendrá en constante comunicación con la UGCC Central.

Principales Responsabilidades:

- Incorpora datos a la *web* de camas básicas y agudas. Debe hacerlo 2 veces al día (entre 8:00 a 10:00 y entre 16:00 a 17:00).
- Responsable de Supervisar la adecuada y oportuna incorporación de información por parte de las Respectivas Unidades del Hospital.

4. Enfermera Supervisora Unidad (ESU)

Responsable de la incorporación de datos en la plataforma informática. Se designa una enfermera para la Unidad de Pacientes Críticos (UPC) y otra para la Unidad de Emergencia del Hospital (UEH).

Principales Responsabilidades:

- La Enfermera Supervisora de UPC deberá mantener en línea la información sobre la disponibilidad de todas las camas de cuidados intensivos e intermedios del Hospital.
- La Enfermera Supervisora de UEH estará encargada de incorporar datos del estado de dicha unidad dos veces al día: entre 8:00 y 10:00 y entre 17:00 a 18:00.

5. Médico Receptor

Cuando el traslado es dentro del Sistema Público habrá un Médico Receptor en el Hospital de destino. Éste será quien otorga el posible cupo y quien conversa en términos clínicos con el médico derivador para acordar el traslado. El mecanismo será idéntico en el caso de derivaciones al Sistema Privado, en donde también habrá un médico receptor en la Clínica.

4.1.4 Clínicas

Corresponden al extrasistema en términos del funcionamiento de la UGCC, ya que son quienes reciben a aquellos pacientes que no encuentran cupo en el Sistema Público.

Se mantiene relación con las Clínicas tanto en el ámbito clínico como administrativo, estructurando un flujo de información continua. Se realiza un censo semanal de pacientes en Clínicas, información que luego se comparte con los Hospitales y Servicios de Salud con el fin de conciliar la información proveniente de ambos actores; derivadores y receptores de pacientes.

Para cada Clínica se definen interlocutores para solicitud y envío de autorizaciones, informes, etc.

4.1.5 Salud Responde

Es el *call center* que centraliza la gestión de los llamados por solicitud de camas.

Se realizan reuniones de trabajo con Equipo directivo de Salud Responde (Jefe de SR, Supervisora general, Jefe de Informática) con el objetivo de instalar mecanismos de comunicación, toma de decisiones y compartir información.

1. Enfermero(a) Salud Responde (ESR)

Enfermera en turno en Plataforma de Salud Responde.

- Responsable de la gestión del traslado.
- recibe llamados sólo desde GCSS.
- Si el llamado proviene de otro profesional, ESR indicará que debe gestionarse a través de GCSS. Si esto no se ejecuta, o ante insistencia, ESR llamará a GCSS, y deja observación de la situación.
- ESR recibe solicitud de traslado:
 - Se contacta con Médico Derivador.
 - Solicita datos de información clínica y administrativa de paciente.
 - Llena formulario informático.
 - Inicia búsqueda de camas de acuerdo a requerimiento de paciente.
 - Una vez ubicado el cupo, genera contacto médico Unidad Receptor con Médico Unidad Derivadora, para conversación clínica y acuerdo de traslado.
 - Confirma traslado exitoso. Caso contrario reinicia búsqueda.
 - Comienza seguimiento de paciente.

4.1.6 UGCC Regional

Representa en regiones lo que es Salud Responde para la Región Metropolitana, es decir, la UGCC Regional es quien recibe los llamados de pedido de camas en regiones. En la mayoría de las regiones es el SAMU quien desempeña esta labor, a excepción de las regiones VI y VII, las que son coordinadas por medio de Salud Responde.

4.1.7 Encargadas Regionales

Son en regiones el equivalente de la UGCC Central. Supervisan las derivaciones a privados y facilitan la gestión dentro de su territorio.

4.1.8 SAMU

Efectúa la mayoría de los traslados y rescate de pacientes.

Se realizan reuniones de coordinación con SAMU RM a fin de coordinar, recopilar información y buscar mejoras a la gestión en cada fase del proceso de traslado. Sin

embargo, la intervención de la UGCC es baja, dado que el traslado debe ser gestionado por el médico a cargo del paciente que será derivado.

4.1.9 FONASA

FONASA tiene como principal función el restaurar y distribuir los recursos financieros del Sector Salud. Por esta razón, es un actor relevante para la UGCC en términos financieros. Su intervención se concreta específicamente a través del Programa de Compra Centralizada de Camas Críticas.

En este programa FONASA solicita ofertas por días cama integrales, especialmente camas críticas y agudas, a todos los oferentes de Hospitales de las Fuerzas Armadas, Hospitales Universitarios y Hospitales y Clínicas Privadas, los que deberían poner a disposición del modelo una cantidad de camas a actualizar día a día.

Todas las ofertas recibidas se someten a puntaje, elaborándose un ranking de éstas para cada tipo de cama según los siguientes criterios:

- Exámenes: incluidos habituales o más que éstos.
- Medicamentos: incluidos habituales o más que estos.
- Insumos: incluidos habituales o más que éstos.
- Arancel al cual cobran conceptos no incluidos en el precio: FONASA o particular.
- Precio ofertado.
- En los casos de empate en los conceptos antes detallado, se pondera mejor el prestador que ofrece mayor cantidad de camas y/o mejor gestión clínica.

Dicho ranking se incorpora al proceso de búsqueda de cama que realiza la UGCC, de manera tal que debe respetarse en caso de requerirse derivación de pacientes al extra-sistema.

4.2 DESCRIPCIÓN DE PROCESOS EN EL SISTEMA

Con la creación de la UGCC también se abrieron paso diversos procesos que permiten lograr los objetivos de la unidad. Dichos procesos involucran la interacción de diversos actores de la red, y se relaciona con aspectos como: intercambios de información, flujo de recursos y toma de decisiones.

A fin de aclarar las diversas relaciones existentes entre los actores, se presentan a continuación diagramas de los principales procesos llevados a cabo por toda la estructura de funcionamiento que envuelve la UGCC. Es relevante mencionar en este aspecto que la UGCC Central efectúa sobre todos los procesos que se generan un papel supervisor, sin formar parte del proceso en forma directa. Se dan ciertas excepciones con casos puntuales y complejos, en donde la unidad coordinadora forma parte del proceso en términos de decisiones que le son consultadas. El único proceso realizado por la Unidad Coordinadora corresponde al análisis de información.

Definición de procesos principales:

- Solicitud de ubicación de un Paciente en la red.
- Ubicación de un paciente en la red.
- Supervisión de Seguimiento y Rescate de pacientes.
- Supervisión de prestadores privados.
- Análisis de información.

La puesta en marcha de la UGCC no alteró los procesos internos habituales en cada Recinto Asistencial en cuanto a la administración de todas sus camas. Sin embargo, generó cambios en la información que debía ser entregada por cada uno de ellos, dando paso a la introducción de una nueva práctica. Cada Hospital, utilizando una nueva herramienta de información *on line* vía *web*, debía entregar datos diarios respecto de las camas en uso y su disponibilidad. Dicho requerimiento por parte de la UGCC resultaba fundamental para su funcionamiento centralizado y además permitió una mejor gestión local en cada Hospital, especialmente en aquellos que no contaban con ningún tipo de *software* para la administración de sus camas.

En términos generales, la única modificación significativa instaurada por la UGCC surge cuando no hay cupos dentro de algún Hospital o de la red de su Servicio de Salud, generándose un mecanismo centralizado de búsqueda de cupos.

Se presentan a continuación las descripciones de los procesos más importantes que se llevan a cabo en el funcionamiento de la UGCC. Se presentan también los requisitos y características de las etapas más importantes de dichos procesos.

4.2.1 Solicitud de ubicación de un Paciente en la red

La solicitud de ubicación ocurre cuando un paciente en la UEH o en otra Unidad requiere traslado a otro Centro Asistencial por dos motivos: insuficiencia de oferta local, o por capacidad resolutive no acorde a los requerimientos del paciente.

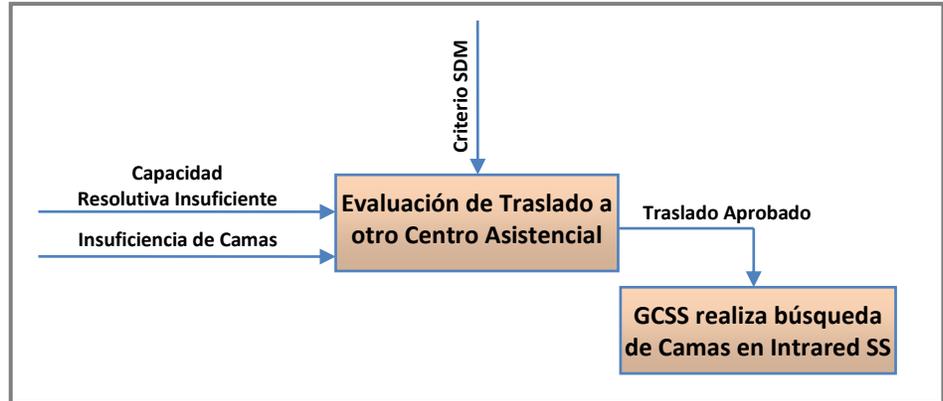
1. Evaluación de Traslado

Anterior a la búsqueda de cama, se evalúa la pertinencia del traslado.

Cuando se declara el requerimiento de cama desde la UEH u otra Unidad, el médico tratante da aviso al Subdirector Médico del Hospital (SDM), quien evalúa la situación. Si no es posible la solución dentro del Hospital, SDM avisa a su GCSS.

En aquellos casos en que el traslado es rechazado, la mayoría de las veces se debe a que se le encuentra cama al paciente dentro del mismo Hospital. En ocasiones la cama estuvo siempre disponible, y otras veces gestiones internas permiten la ubicación del paciente en una cama de la complejidad que requería, por ejemplo, liberando camas cuyos pacientes ya se encontraban aptos para ser transferidos a otro nivel de complejidad.

Figura 15
EVALUACIÓN DE TRASLADO



Fuente: Elaboración Propia.

Cuando el traslado es aceptado, se activa el proceso de “ubicación de un Paciente en la Red”.

4.2.2 Ubicación de un Paciente en la Red

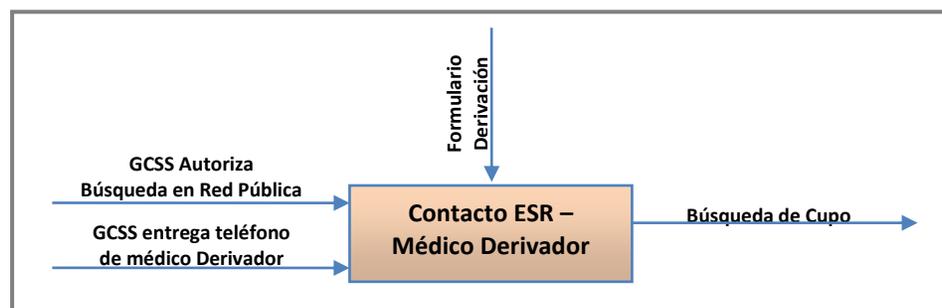
En esta instancia se procede primero a la búsqueda de cupo dentro del Servicio de Salud al cual pertenece el Hospital que solicita el traslado. Será el Gestor de camas de este Servicio quien verificará la situación del resto de los Hospitales de su red. En caso de encontrar, este será derivado a un hospital del mismo servicio.

En caso de no haber cupo en el mismo servicio de salud, GCSS autoriza búsqueda en el sistema público, es decir, en aquellos servicios distintos al suyo. De este modo ESR comenzará la búsqueda por todos los Hospitales Públicos. El nombre del GCSS quedará en el documento de respaldo de Salud Responde.

1. Contacto con Médico Derivador

En la solicitud de cama realizada a Salud Responde por el GCSS se debe entregar el número de teléfono del médico derivador. Se contactará a éste solicitando información para llenar formulario de derivación.

Figura 16
CONTACTO CON MÉDICO DERIVADOR



FUENTE: Elaboración Propia.

Este formulario incluye detalles de la patología y estado del paciente, además de la categorización de éste en cuanto a grado de urgencia de su traslado a una cama crítica. Esto para poder priorizar en caso de varias solicitudes y escasez o falta de camas. Cabe mencionar que el criterio para priorizar es del médico derivador.

- categoría 1: debe ingresar a UCI antes de 4 hrs
- categoría 2: debe ingresar a UCI antes de 6 hrs
- categoría 3: debe ingresar a UCI, pero puede esperar > 6 hrs.

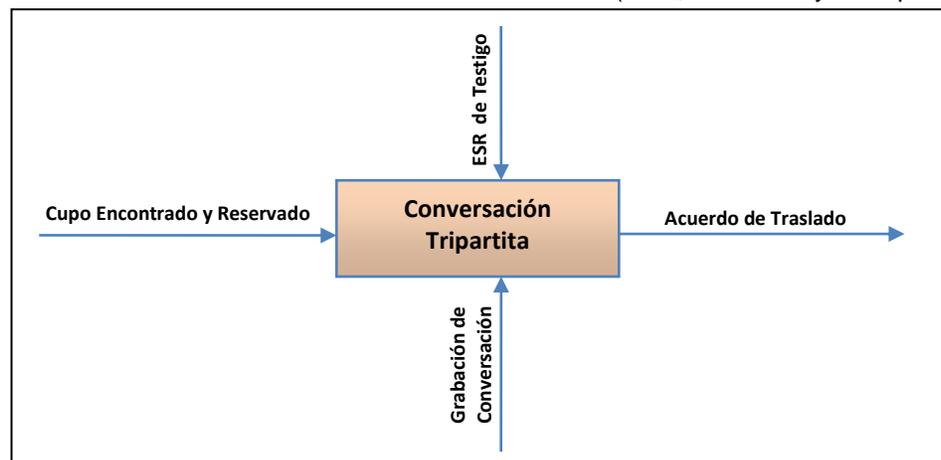
2. Conversación Tripartita

Luego de contactarse con el posible Centro Receptor, confirmar la disponibilidad del cupo y generar la reserva de la cama, el ESR avisa al médico derivador y lo contacta con el médico de la unidad receptora.

Esto genera una conversación tripartita, en donde ESR hace de testigo. Este contacto es lo que define siempre y en forma absoluta la ejecución del traslado, por acuerdo de ambas partes.

ESR en su calidad de testigo registra que se acuerda traslado en el expediente del caso. Cabe mencionar en este punto que todas las conversaciones tripartitas son grabadas, lo que obedece a la política del *call center*. Esto permite evaluar casos complejos y es un respaldo médico-legal de las gestiones realizadas.

Figura 17
CONVERSACIÓN TRIPARTITA (ESR, Derivador y Receptor)



FUENTE: Elaboración Propia.

3. Confirmación de Traslado Aceptado

Aún cuando en la conversación tripartita se acuerda el traslado, el ESR debe contactarse con el derivador para confirmar el traslado del paciente. Este hecho da origen a la carta de resguardo que es enviada al receptor y rige sólo para traslados a privados. La función de este documento es ser garante de que el traslado fue realizado mediante el convenio UGCC y, de este modo, el Privado garantiza el pago de las prestaciones de acuerdo a precios convenidos para esta modalidad.

Una vez que el traslado es confirmado, ESR cataloga el caso como “traslado exitoso” sólo cuando el paciente ha sido recibido por la Unidad del Centro Receptor. En este caso, la derivación queda registrada en el sistema informático como “Derivación Activa Pública”. Si el traslado no es exitoso, ESR debe reiniciar búsqueda.

Figura 18

CONFIRMACIÓN DE TRASLADO ACEPTADO



FUENTE: Elaboración Propia.

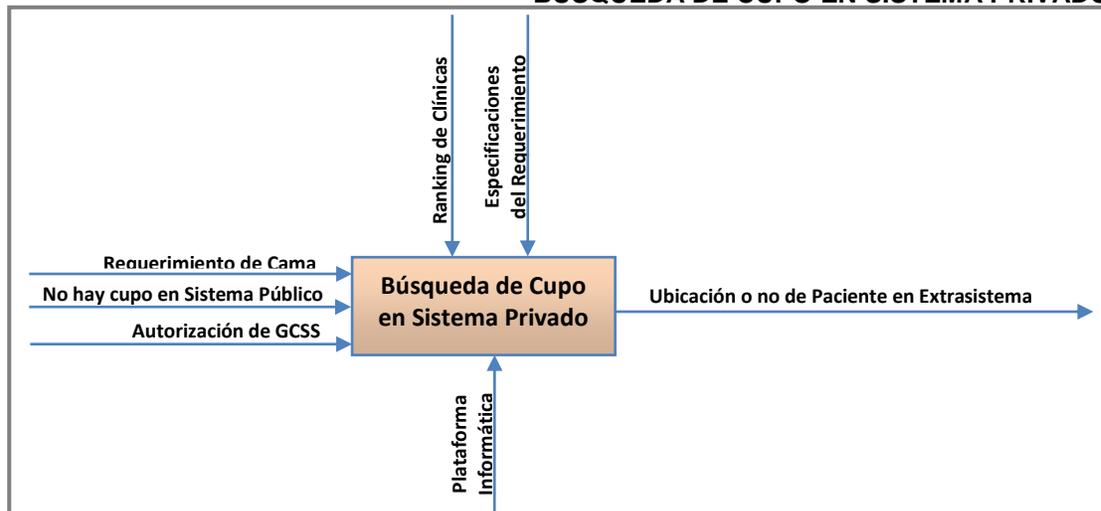
4. Búsqueda de Cupo en Sistema Privado

Quando no es encontrado un cupo en la Red Pública, esto puede suceder por dos motivos: ausencia de estos, o porque los cupos disponibles no cumplen con los requisitos necesarios para la condición o patología del paciente. En estos casos es el GCSS es quien debe autorizar el comienzo de la búsqueda en el Sistema Privado.

A diferencia de lo que ocurre en el Sistema Público, en este caso una derivación exitosa queda registrada como “Derivación Activa Privada”.

Figura 19

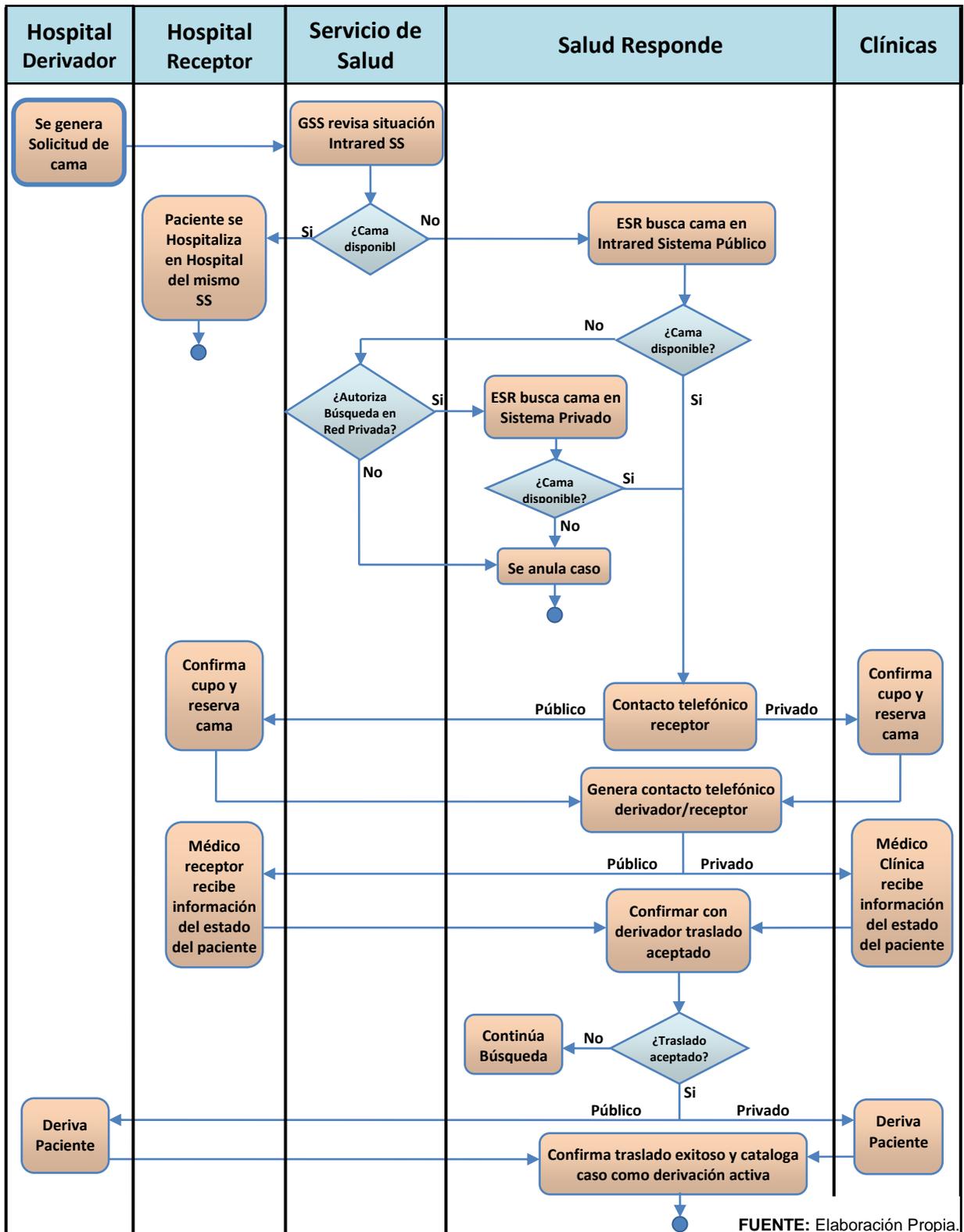
BÚSQUEDA DE CUPO EN SISTEMA PRIVADO



FUENTE: Elaboración Propia.

Esta búsqueda implica el mismo proceso que se realiza en el Sector Público. Sin embargo, el recorrido por las diversas Clínicas debe hacerse en estricto orden según indique el Ranking publicado por FONASA.

Figura 20
UBICACIÓN DE UN PACIENTE EN LA RED



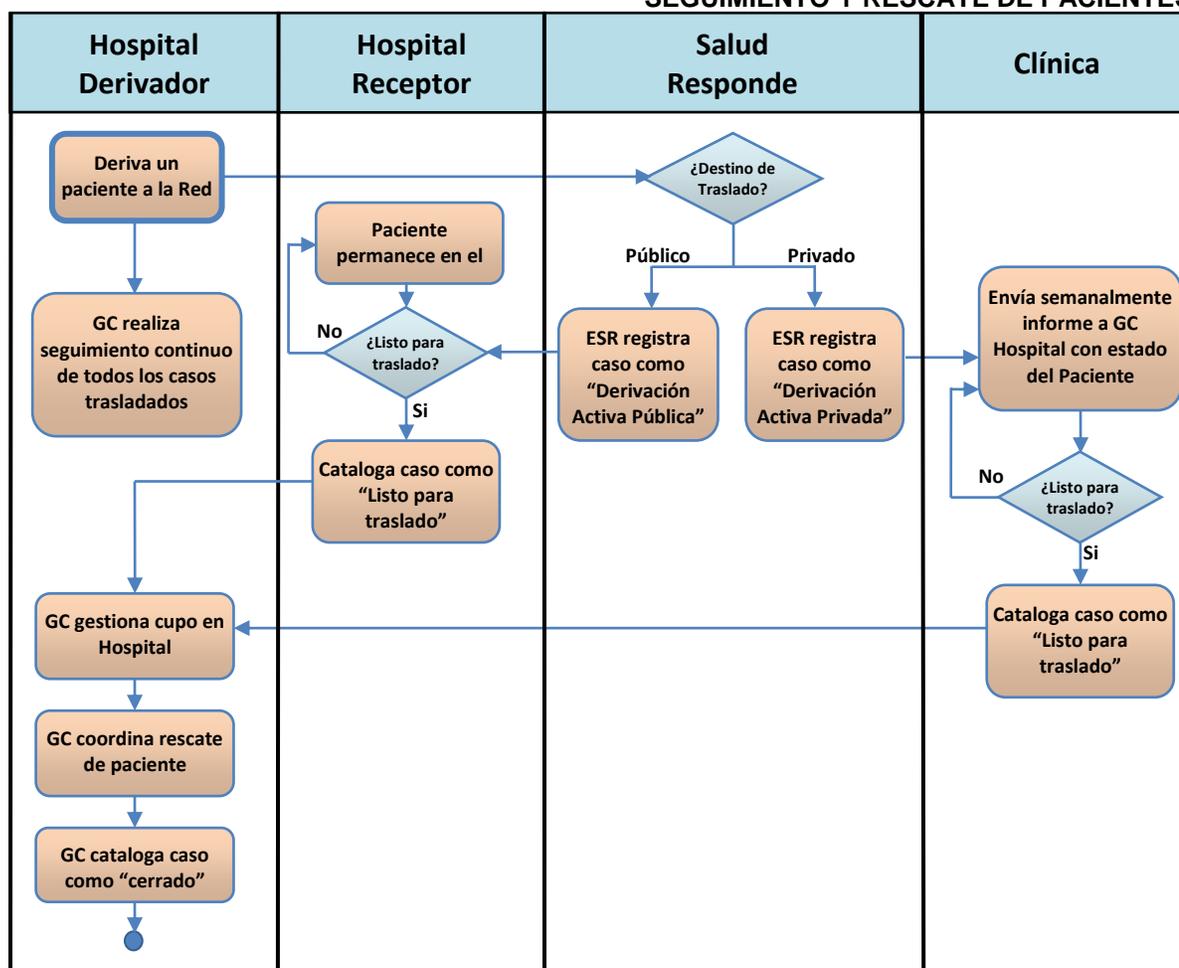
FUENTE: Elaboración Propia.

4.2.3 Seguimiento y Rescate de Pacientes

Cada derivación realizada por medio de la UGCC supone la existencia de un seguimiento posterior de cada paciente. El objetivo es que el Centro Derivador esté en conocimiento del estado de todos los casos que ha derivado y atento a cualquier estabilización de ellos a fin de poder rescatarlos. Este proceso es especialmente importante en el caso de las derivaciones al Sector Privado, ya que la estancia innecesaria de un paciente conlleva un gasto adicional.

La UGCC Central sugiere a los Hospitales realizar un seguimiento continuo de sus pacientes. Sin embargo, es cada Centro Asistencial el que define encargados y frecuencias de seguimiento.

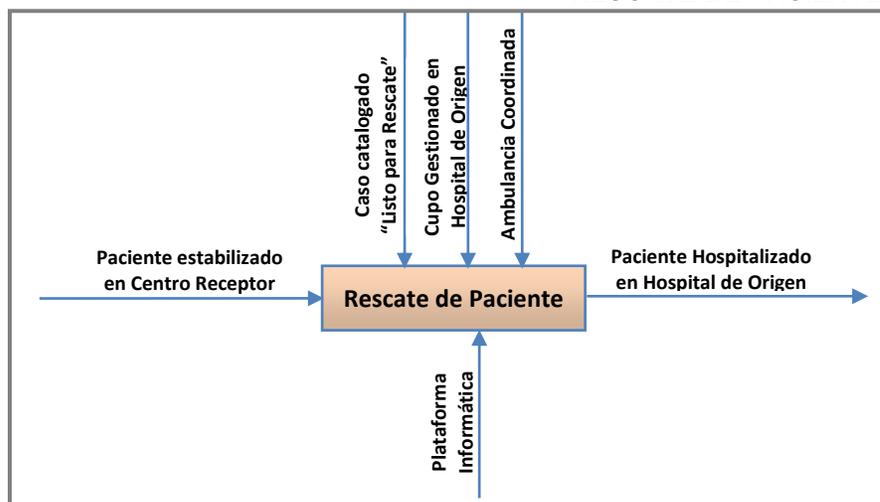
Figura 21
SEGUIMIENTO Y RESCATE DE PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia.

Acorde a lo establecido por la UGCC, se deben cumplir ciertos requisitos antes de rescatar un paciente. Este mismo proceso de rescate está sujeto también a otros controles. Se presenta a continuación el diagrama del Rescate de un Paciente.

Figura 22
RESCATE DE PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia.

Como muestra la figura, para que el paciente pueda ser rescatado, debe estar estabilizado en el Centro Receptor.

Por otro lado, debe estar el caso catalogado en la plataforma informática como “Listo para Traslado”, además de haberse gestionado el cupo y la ambulancia en el Hospital que rescata. Eventualmente, un Hospital puede conseguir rescate a otro Hospital de su red local en caso de no tener cupo.

4.2.4 Supervisión de Seguimiento y Rescate de Pacientes

Esta es una de las labores desarrolladas por la UGCC central, que se relaciona con la supervisión de procesos llevados a cabo por otras instituciones que componen el sistema.

La UGCC Central solicita semanalmente un informe a cada Clínica que incluye un detalle de los pacientes que tienen hospitalizados y que han sido trasladados mediante convenio UGCC.

Este informe se analiza por la enfermera a cargo de la supervisión a privados, quien luego agrega la información para enviar el detalle a cada Hospital, informando los pacientes que tienen en cada Clínica.

El *feedback* de los hospitales frente a este informe permite luego aclarar diferencias de información. Por ejemplo, pacientes que se encuentran en una Clínica y que el Hospital desconoce su pertenencia, o casos en que el traslado no fue hecho mediante convenio UGCC. Con frecuencia se dan los siguientes casos:

- Pacientes de la Modalidad Libre Elección. Son pacientes FONASA que optan por una intervención en el Sistema Privado a un costo mayor. Sin embargo, cuando se complican y deben permanecer mayor tiempo hospitalizados, el costo debe ser

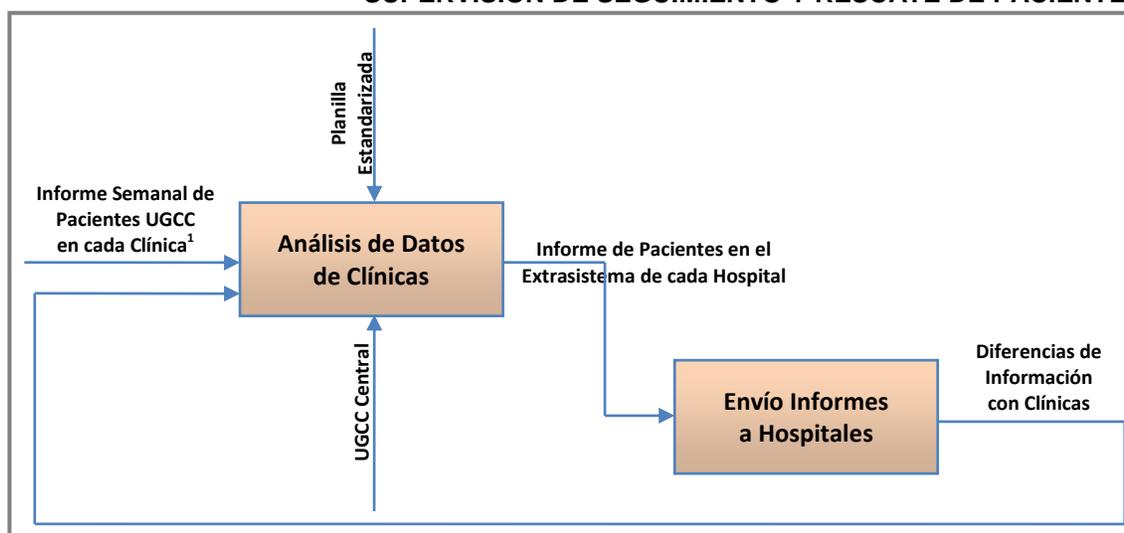
cubierto en su totalidad por el paciente. Frente al temor de no pago por parte de la Clínica, se han detectado casos en los que dichos pacientes se hacen pasar por UGCC, a fin de que FONASA de pago a la cuenta.

- Pacientes Ley de Urgencia que son catalogados como UGCC.
- Pacientes cuyos traslados se han hecho médico a médico sin pasar por filtros y evaluaciones de pertinencia, agotamiento de la red, etc. En esos casos, a pesar de ser trasladados desde un Hospital Público no son UGCC pues no siguieron el protocolo de derivación.
- Pacientes trasladados mediante convenios preestablecidos entre un Hospital y una Clínica.

Por las razones expuestas resulta importante la conciliación de información. Esto permite consolidar los datos y contar con información fidedigna sobre los traslados realizados por la UGCC.

Figura 23

SUPERVISIÓN DE SEGUIMIENTO Y RESCATE DE PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia.

La supervisión no se restringe al seguimiento y rescate de pacientes que realizan los Hospitales. También abarca la supervisión del uso de la plataforma informática, verificando su correcta utilización. Se supervisa además desde la UGCC Central otros aspectos como la categorización de pacientes que realizan los centros asistenciales, principalmente inspeccionando la coherencia entre esta categorización de riesgo dependencia y la complejidad de la cama que el paciente utiliza.

CAPÍTULO 5: DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

El establecimiento de los objetivos y metas de una institución es apoyado en la mayor parte de los casos por la aplicación de procesos de planificación estratégica con mayor o menor grado de formalización.

Una de las definiciones más operativas de planificación estratégica, desde el punto de vista de su vinculación con los indicadores de desempeño es la siguiente: “planificación estratégica es el proceso que se sigue para determinar las metas de una organización y las estrategias que permitirán alcanzarlas” y desde esa perspectiva, la planificación estratégica fija los límites dentro de los cuales tiene lugar el control y evaluación de gestión (Anthony, 1998).

En el ámbito público la introducción de esta metodología permite la identificación de elementos claves para avanzar hacia una gestión por resultados, en la medida que facilita la identificación de objetivos, considerando aspectos del entorno, exigencias de los usuarios, en consideración con los procesos internos y las capacidades de la organización.

La planificación estratégica es un proceso que antecede al control de gestión, el cual permite hacer el seguimiento de los objetivos establecidos para el cumplimiento de la misión. De manera que el control y la evaluación posterior de los resultados no es posible realizarla sin un proceso previo de planificación.

Asimismo, la planificación es un proceso amplio que cubre aspectos de carácter macro de mediano y largo plazo, que tiene que ver con la identificación de temas estratégicos y cursos de acción que fijen las prioridades institucionales. Es también un proceso continuo que requiere constante retroalimentación acerca de cómo están funcionando las estrategias. En el sector privado, el mercado le señala a este como lo está haciendo a través de las utilidades, los retornos sobre la inversión, las ventas, a través de estos indicadores se conoce cuando es necesario realizar un ajuste en dichas estrategias. En el sector público, la evaluación de la gestión a través de indicadores lo provee con información comparable.

La planificación estratégica mira hacia los objetivos deseados, la evaluación de la gestión mira hacia atrás sobre como éstos se están desarrollando. La combinación de planificación estratégica y evaluación del desempeño forma un proceso continuo de gobierno por resultados. El plan estratégico define el desempeño a ser medido, mientras que la evaluación de la gestión provee la retroalimentación si se están consiguiendo las metas planificadas.

A continuación se darán a conocer en forma general los principales lineamientos estratégicos tanto del Ministerio de Salud como de la Subsecretaría de redes Asistenciales. Luego se detallarán las definiciones estratégicas desarrolladas por el quipo de la UGCC.

5.1 VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

5.1.1 Misión y Visión del Ministerio de Salud

Misión Ministerio de Salud

“La misión institucional que el Ministerio de Salud se ha dado para este período, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los

sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes”.

Visión Ministerio de Salud

“La visión del ministerio de Salud es la de que las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas”.

5.1.2 Misión y Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

La UGCC depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por lo que se presenta a continuación la misión de ésta:

Misión Subsecretaría de Redes Asistenciales

“La misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales es regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas”.

Objetivos Estratégicos Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Consolidar el funcionamiento de las redes y macroredes asistenciales, bajo estándares de calidad establecidos, con eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, garantizando la participación social en salud.
- Consolidar el sistema de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) en los hospitales de la red de servicio público, así como en la atención primaria de salud, superando brechas de tecnologías sanitarias y con criterios de equidad.
- Fortalecer la Atención Primaria y el acceso a los servicios de urgencia, perfeccionando los criterios de derivación y protocolos de atención en los distintos niveles de prestaciones que se entregan en salud.
- Desarrollar recursos humanos centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud (AUGE), en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
- Perfeccionar los mecanismos contables y financieros de los servicios de salud y de las redes asistenciales, optimizando el gasto y proponiendo políticas que permitan controlar la deuda hospitalaria.

5.1.3 Misión, Visión y Objetivos Estratégicos de la UGCC

Dado el escenario post terremoto y los cambios ocurridos dentro del equipo de la UGCC a principios del 2010¹⁴, se sostuvieron reuniones orientadas a realizar una planificación estratégica de la unidad, que guiara el accionar desde entonces en adelante.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos tras las diversas reuniones de planificación estratégica sostenidas por el equipo UGCC.

Como primer hito importante, se discutió el cambio de nombre de la Unidad. Gracias a las opiniones de los gestores de camas se planteó la visión que algunos de ellos tenían sobre el tema, específicamente, se mencionó el caso del Hospital Sótero del Río, cuyo gestor de camas - Milán Rodríguez – consideraba que la gestión que se realizaba era más bien de pacientes y no de camas.

Dentro del equipo de la UGCC se generó consenso en torno a que lo gestionado eran efectivamente los pacientes. Se consideró que plasmar la misión y visión de la Unidad en torno a personas difería mucho de hacerlo en torno a camas, otorgándole un sentido mayor y alineando las acciones y decisiones en pos de salvar vidas y no sólo gestionar camas. Fue por esta razón que se pensó llamarla desde ahora Unidad de Gestión Centralizada de Pacientes (UGCP), sin embargo, se prefirió mantener el nombre original, pero incorporando el centrar la acciones de la unidad hacia el bienestar de los pacientes.

Misión UGCC

“Su misión es asegurar las prestaciones de hospitalización requeridas por los beneficiarios FONASA a lo largo del país con foco en camas críticas, garantizando una atención oportuna y adecuada a sus requerimientos de salud, optimizando el recurso disponible, tanto público y privado, y que garantice con equidad la distribución de los recursos, manteniendo un control sanitario y financiero de las prestaciones requeridas”.

Visión UGCC

“Que todo paciente FONASA, a lo largo del País, tenga acceso a la cama hospitalaria que le brinde la atención que se merece, en tiempo adecuado y bajo los requerimientos adecuados”.

Productos (bienes y/o servicios) Estratégicos

- Ubicación de pacientes FONASA con indicación de hospitalización en una cama adecuada a sus necesidades.
- Seguimiento y rescate de pacientes.

¹⁴ El cambio de gobierno impactó en la UGCC produciendo cambios en el equipo. En particular, la coordinadora de la unidad y la encargada de derivaciones dejaron su cargo en la UGCC para desarrollar otras labores en la misma Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Definición de los Objetivos Estratégicos

Los objetivos estratégicos son los logros que la organización persigue en un plazo determinado. La selección de los objetivos estratégicos deberá identificar cuales serán las acciones prioritarias para el mejoramiento de la organización, teniendo en cuenta el análisis interno y externo de ésta.

El diseño de los objetivos estratégicos es una fase clave que define los compromisos y prioridades de la gestión institucional.

Objetivos Estratégicos UGCC

1. Disponer de una estructura organizacional que permita articular los componentes involucrados en la red para la gestión de camas a lo largo del país.
2. Desplegar estrategias que favorezcan la coordinación y el compromiso de los actores involucrados.
3. Utilizar y potenciar el sistema de información existente en pos de la gestión, favoreciendo el ingreso y uso expedito de información y la entrega automatizada de reportes.
4. Disponer de un sistema de financiamiento apropiado para permitir el adecuado funcionamiento de la unidad.
5. Optimizar los recursos disponibles del sector público.

5.2 DECLARACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En el punto 5.1 se presentaron los 5 objetivos estratégicos que definió la UGCC. En esos momentos también se desagregaron dichos objetivos en otros más concretos.

Para dar comienzo a la construcción de indicadores se solicitó al equipo UGCC seleccionar aquellos objetivos específicos a los que le otorgaban mayor importancia y sobre los cuales resultaría interesante medir progresos.

Para conocer y entender claramente el significado de los objetivos y las relaciones que existen entre ellos, se entrega el detalle y explicación de estos.

1. Mejorar arraigo de prácticas en los actores involucrados en la UGCC.

Es un objetivo preponderante lograr el arraigo de las prácticas impuestas por la UGCP como necesarias. Es decir, en estos momentos es preciso medir tal arraigo para tomar acción al respecto y definir metas, ya que resulta evidente el no cumplimiento por parte de ciertos actores de prácticas como: Ingreso de información al sistema, seguimiento de casos, rescate de pacientes, por ejemplo.

2. Mejorar gestión y eficiencia de la red asistencial.

Este objetivo pone el foco en los procesos que se llevan a cabo para lograr la ubicación del paciente en una cama acorde a sus necesidades, y está referido

principalmente a los hospitales. Se busca gatillar una mejora de su gestión y eficiencia que impacte en la optimización de recursos. En este sentido representa un objetivo de gran importancia el mejorar los tiempos de rescate de pacientes y el evaluar los tipos de pacientes que se están sacando al extrasistema. También resulta importante el determinar los costos asociados y desagregados por tipo de cama.

Es relevante mencionar en este punto que la UGCC como unidad dependiente del Ministerio de Salud, el cual tiene un rol normativo y regulador, no busca decirle a los Prestadores Públicos qué hacer ni cómo hacerlo para mejorar estos aspectos. Es decir, si es necesario establecer un protocolo de derivaciones que, por ejemplo, imponga el traslado al extrasistema de aquel paciente que signifique el menor costo para cada Hospital, dicho protocolo debe ser diseñado por el mismo Centro Asistencial. Sin embargo, la UGCC puede sugerir su aplicación, pero no diseñarlo.

3. Disminuir el impacto de la derivación en los Pacientes y sus Familias.

La derivación no sólo produce efectos en la gestión de los Hospitales, los pacientes y sus familias también se ven afectados cuando no encuentran cupo y son trasladados a otro Hospital o al Sistema Privado. El impacto en ellos tiene relación con que son alejados del sector en donde residen, siendo mayor aún cuando el traslado es a Clínicas Privadas, en donde además de la lejanía entran en juego factores de otra índole, como el cambio de ambiente y eventuales problemas en cuán cómodo se siente el paciente.

Si bien se obtuvieron buenos resultados con la encuesta de satisfacción al paciente del año 2009, existe consenso en la unidad de que es un tema del cual hay que seguir pendientes, principalmente por las familias. Es necesario que ellas sean informadas de inmediato de la situación de traslado de su familiar, del lugar a donde será derivado y de las condiciones que dicho lugar maneja para el acceso y espera de visitas

4. Apoyo a la UGCC Central para mejorar la gestión a nivel local.

Se busca con esto hacer un seguimiento al desempeño integral de la UGCC. Es decir, definir indicadores que informen a la unidad coordinadora qué tan bien se están haciendo las cosas respecto de lo planificado y que permita a través de un análisis de este comportamiento definir acciones que mejoren la gestión integral advirtiendo falencias a niveles locales o centros de responsabilidad.

Cabe mencionar que actualmente se miden ciertas variables del funcionamiento del sistema, las que son principalmente exógenas y se relacionan con la cantidad de pacientes trasladados y si estas derivaciones han sido hechas a la red pública o privada. También se conoce la cantidad de casos nulos y exitosos dentro de los traslados, pero no existe un mayor análisis estructurado de los datos.

5. Contar con información sistemática para reporte a autoridades MINSAL.

Estos reportes demandan la existencia de indicadores que a partir de datos fiables permitan informar y dar cuenta sobre el uso de los recursos públicos y el grado de obtención de resultados a las autoridades correspondientes. Se busca también contar

con información para la gestión anticipada que permita advertir a las autoridades correspondientes.

6. Optimizar uso del sistema de información y minimizar errores en su uso y funcionamiento.

Este objetivo tiene relación principalmente con aprovechar al máximo la utilidad del sistema de información con que se cuenta. Se busca minimizar los errores procedentes de la información que en él se registra por diversos actores del sistema.

7. Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.

Este objetivo corresponde netamente a una perspectiva financiera. Esta perspectiva busca resumir las consecuencias económicas de acciones que ya se han realizado a fin de analizar estos resultados y guiar acciones que los dirijan hacia lo deseado.

5.3 MEDIDAS DE DESEMPEÑO CONSIDERADAS

Es necesario definir aquellas dimensiones que resultan interesantes y relevantes de ser medidas, como también los ámbitos de control sobre los cuales se quiere impactar y evaluar desempeño al interior de la UGCC.

Con el objetivo de estandarizar criterios se presenta a continuación lo que se entenderá por “Ámbitos de Control” y por “Dimensiones de Desempeño”.

Ámbitos de Control¹⁵

Corresponde a la clasificación de indicadores de acuerdo a la parte del proceso productivo en el que actúan.

Indicador de insumos: Cuantifica los recursos tanto físicos como humanos, y/o financieros utilizados por la UGCC en la producción de los servicios que presta. Estos indicadores son muy útiles para dar cuenta de cuantos recursos son necesarios para el logro final de un producto o servicio, pero por sí solos no dan cuenta de si se cumple o no el objetivo final.

Estos indicadores no fueron abordados por el sistema de control de gestión desarrollado, considerando que si bien son variables importantes de medir para la unidad, no llevan consigo un criterio que favorezca la mejora de la gestión. Por otro lado, la UGCC cuenta actualmente con un control y permanente monitoreo de diversas variables que caen en esta clasificación, como son: cantidad de traslados en un período, porcentaje derivado al Sistema Público, porcentaje derivado al Sistema Privado, cantidad de casos nulos, entre otros.

¹⁵ Manual N°45, Indicadores de desempeño en el sector público, CEPAL. (2005)

Indicador de procesos: Miden el desempeño de las actividades vinculadas con la ejecución o forma en que el trabajo es realizado para producir los bienes y servicios.

Indicador de productos: Muestra los bienes y servicios de manera cuantitativa producidos y provistos por la UGCC.

Estos dos tipos de indicadores se relacionan con el objetivo que persigue el sistema de control de gestión. Evaluando en torno a los productos y a los procesos que permiten su existencia, es posible detectar espacios de mejora en la gestión que rectifiquen las acciones al logro de los objetivos.

Dimensiones de Desempeño¹⁶

Las distintas dimensiones corresponden a Eficacia, Eficiencia, Economía y Calidad.

Indicador de eficacia: Nos dice acerca del grado de cumplimiento de los objetivos de la UGCC. Responde a la pregunta ¿Cuánto está logrando?

Indicador de eficiencia: Mide la relación entre el producto o servicio y los recursos utilizados para producirlo. ¿Cuánto cuesta lograr lo que está logrando?

Indicador de economía: Se refiere a la capacidad de la UGCC para movilizar recursos de terceros en el cumplimiento de sus fines ¿Está usando el mínimo de recursos públicos necesarios?

Indicador de calidad: En que medida la UGCC satisface los requerimientos de los usuarios. ¿Qué tan bien lo está logrando?

Para el sistema de Control de Gestión de la UGCC se desarrollarán indicadores con la integración de los ámbitos de control y las dimensiones de desempeño.

El equipo UGCC definió que era importante la implementación de indicadores a nivel de todos los ámbitos de control, principalmente de procesos y productos. También hubo consenso en que todas las dimensiones resultaban relevantes en el diseño del sistema. El argumento detrás de esta decisión fue la necesidad no sólo de dar cuentas, como lo hacen indicadores de insumos o de productos, sino también de contar con indicadores que permitieran apoyar un continuo mejoramiento de la gestión y toma de decisiones.

5.4 DEFINICIÓN DE CENTROS DE RESPONSABILIDAD

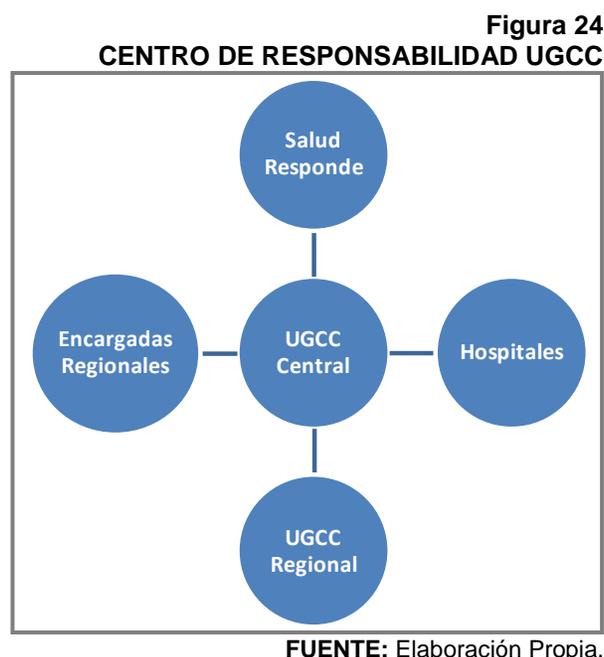
Es necesario establecer las responsabilidades institucionales y organizacionales para el cumplimiento de las metas. El objetivo del uso de indicadores pierde sentido si no se definen centros de responsabilidad empoderados de su cometido. Estos no sólo deben ser responsables del resultado, sino también contar con la debida autonomía para tomar acción y mejorar su gestión en pos de lograr mejores resultados.

¹⁶ Weissbluth, M. Una visión integral de la gestión pública.

La UGCC como unidad de gestión coordina a variados actores¹⁷ que hacen posible la gestión de pacientes. Esta estructura de funcionamiento facilitó la definición de los centros de responsabilidad.

Finalmente, estos quedaron definidos por el quipo UGCC como los siguientes:

- UGCC Coordinadora Central
- Salud Responde
- UGCC Regional
- Hospitales
- Encargadas Regionales



De la totalidad de actores se descartaron los siguientes:

FONASA

A través de su Departamento de Comercialización representa un actor importante en el funcionamiento del sistema. Sin embargo, al ser FONASA el encargado de la administración de los recursos financiero del Sistema de Salud Público, es un organismo independiente que no está sometido a la autoridad de la UGCC. En la práctica, FONASA se ha convertido en un cliente de la unidad, al que es necesario rendir cuentas y convencer de la funcionalidad de la UGCC. Dado lo anterior, imponerle indicadores a cumplir pierde total sentido al no existir mecanismos que obliguen al cumplimiento de estos.

¹⁷ La totalidad de los actores son mencionados y descritos en el capítulo N°4.

Clínicas

Se da un caso similar al anterior. Se descarta por parte del equipo la viabilidad de incluir indicadores sobre ellas por falta de autoridad directa. Existe una relación constante con ellas, sin embargo, quien hace las licitaciones y las faculta para prestar servicios a la UGCC es FONASA. Por esta razón, la relación contractual y de exigencias sobre su desempeño no es derecho de la unidad. Si bien en la cotidianeidad a las Clínicas se les controla y supervisa el funcionamiento, realizando sugerencias en los procedimientos o solicitando otros, el equipo considera que imponer indicadores se escapa de las manos dada la falta de autoridad. Sin embargo, el contar con indicadores de desempeño de las Clínicas incidiría en su evaluación y debieran estos elementos objetivos influir en el ranking.

Por otro lado, y en el marco de los requisitos de una construcción robusta de indicadores, la definición de responsabilidades y compromisos de las Clínicas para con la UGCC no existe, y está dentro de lo que se planea diseñar e implementar durante el presente año. Por esta razón, aún no se cuenta con objetivos definidos al respecto, lo que quita lineamientos estratégicos al desarrollo de indicadores sobre estos centros de responsabilidad.

5.5 ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS

Se realizara un análisis de factores críticos de éxito para los centros de responsabilidad con el objetivo de definir cuales son aquellos elementos que impactan con mayor fuerza en la consecución de los objetivos. De este modo se facilita la elaboración de indicadores prioritarios al tener los objetivos que se persiguen y los factores críticos que influyen en el logro de estos.

5.5.1 UGCC Coordinadora Central

Dentro de la unidad coordinadora actualmente no se cuenta con mecanismos que faciliten el control financiero del sistema. Si bien FONASA es el organismo encargado de controlar el proceso financiero de la UGCC, su labor se remite a guardar copia de las facturas provenientes del Sector Privado y contar con la información de dicho gasto. En este sentido, no efectúa ningún mecanismo de control sobre el gasto en que incurren los Hospitales. Es por esta razón que la unidad coordinadora no ha logrado una supervisión de los gastos por compras al extrasistema, convirtiéndose este punto en uno de extrema relevancia, no sólo por la actual ausencia de evaluación del comportamiento de cada Hospital en este ámbito, sino también por el reciente diagnóstico efectuado por el Ministerio de Salud sobre la deuda hospitalaria. En dicho documento se desarrolla una propuesta de gestión para la deuda, siendo uno de los cinco factores generadores de ésta el “Incremento de Compras al Extrasistema”, y dentro de las acciones a llevar a cabo la propuesta en este ámbito apunta a “Optimizar Traslados y Compras al Extrasistema”, estableciendo como responsable de la iniciativa a la División de Gestión de la Red Asistencial, y dentro de ella a la UGCC.

El diagnóstico consideró el gasto efectuado por compras al extrasistema mediante convenio UGCC durante el período de mayo a diciembre del 2009. Se analizó este período ya que sólo durante esos meses se tiene conocimiento del gasto incurrido. Dicho análisis determinó que el gasto promedio por cada traslado al extrasistema ascendía a M\$9.000.-, instaurando como objetivo la disminución de dicho gasto a M\$6.000.- durante el presente año.

Por esta razón, resulta imperante la necesidad de empezar a generar conocimiento en la unidad sobre el gasto por traslados al extrasistema. Dicho conocimiento permitirá la toma de acciones orientadas a la reducción de los recursos consumidos por ese ítem, y de este modo poder alcanzar la meta de disminución impuesta por la comisión. Además, el realizar mediciones sistemáticas y desagregadas por Hospital, permitirá conocer el comportamiento de estos, en donde la particularidad de cada uno hará posible focalizar e individualizar las decisiones de manera más efectiva.

5.5.2 Salud Responde y UGCC Regional

Para el óptimo funcionamiento del modelo de gestión de pacientes es requisito fundamental el cumplimiento del protocolo por parte de quien recibe el llamado de solicitud de cama.

Por un lado, es de suma importancia el respeto por el *ranking* de clínicas publicado mensualmente por FONASA. El enfermero situado en el *call center* debe ceñirse estrictamente a este ranking en el momento en que procede a buscar camas en el sistema privado. Este punto es relevante para efectos no sólo de optimización de recursos, ya que el ranking prioriza aquellas clínicas cuya oferta es de menor costo, sino también para efectos de transparencia del sistema. El seguimiento del ranking impide la intervención de terceros que puedan influir en la elección de una clínica anteponiendo intereses personales.

Representando una situación aún más crítica, se da el caso de regiones que no buscan en la red pública, situando pacientes sólo en la red privada con los consecuentes impactos en los recursos públicos. Así como otras regiones someten a los pacientes a traslados muy lejanos en pos de mantenerlos en el Sistema Público, con el consecuente mayor riesgo y menor oportunidad para el paciente.

En otro ámbito, y relacionado principalmente con lo que sucede en las regiones que ya tienen implementada la UGCP, se dan situaciones que resultan críticas para la obtención de los objetivos perseguidos. Así, el dar respuesta a la solicitud del llamado se vuelve otro factor crítico en este centro de responsabilidad ya que se da el caso de regiones que no resuelven todas las llamadas.

Otro factor crítico es representado por el no registro de casos. Si bien en la región metropolitana no existen problemas en este aspecto, en regiones el escenario es totalmente distinto. En forma reiterada los casos no son registrados, lo que ocasiona una pérdida valiosa información para la gestión y también la falta de un respaldo que testifique el traslado del paciente bajo este sistema.

5.5.3 Hospitales

Dentro de lo que se relaciona con su gestión interna y la eficiencia en el uso de sus recursos, resulta ser un factor clave de éxito el establecimiento de protocolos de derivación. Es decir, que cada hospital especifique que variables considerará al momento de enviar un paciente al extrasistema a fin de incurrir en los menores gastos posibles.

Otro factor crítico corresponde al seguimiento y rescate de pacientes por parte del hospital. El efectuar una derivación no significa desentenderse del paciente, como hasta ahora pasa en algunos casos. El ciclo que representa una derivación concluye con el rescate del paciente del extrasistema, proceso al que muchos hospitales parecieran no darle la importancia que se merece. Un paciente instalado en una clínica y listo para ser rescatado y devuelto al sistema público, significa un inmenso costo extra por cada día que permanezca en el sistema privado pudiendo estar de vuelta en su hospital de origen.

El cumplimiento con el ingreso de información requerido a diario por el sistema informático es otro factor crítico de los hospitales. Dicha información es clave para el funcionamiento operativo de la UGCP, además de aportar con información a un registro histórico cuyo análisis puede resultar clave en los lineamientos estratégicos de la unidad. A pesar de que ha habido una evolución positiva en este sentido, siendo cada vez más evidente el arraigo de la práctica, aún no se cuenta con un 100% de cumplimiento. Cabe mencionar que el desarrollo de compromisos de gestión orientados a la solución de este problema han comenzado a ser evaluados, por lo que se espera que en el corto plazo deje de ser un factor crítico a considerar.

5.5.4 Encargadas Regionales

Se verifican problemas con el control y supervisión que las Encargadas efectúan en Regiones. Se espera de ellas que semanalmente envíen un reporte a cada uno de los Hospitales que se encuentran bajo su supervisión, práctica que hasta el momento no se cumple. El objetivo de este reporte es informar de los pacientes que cada Centro Hospitalario mantiene en el Sector Privado, a fin de gatillar el que ellos mantengan un seguimiento constante de sus pacientes y los rescaten a medida que estén en condiciones de hacerlo. Básicamente, se busca reproducir en Regiones lo que realiza la UGCC Central en la Región Metropolitana, a través de M^a Elena Campos - Encargada Operativa de RM y Clínicas, solicitando un reporte semanal a cada clínica con los pacientes que mantiene hospitalizados y luego enviando a cada Hospital los pacientes que mantiene en el Sistema Privado de Salud. Asimismo deben realizar las labores de supervisión del ingreso de información al sistema por parte de los Hospitales y el análisis de los problemas relacionados con las solicitudes de cama y su gestión.

5.6 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES

Una vez seleccionados los objetivos estratégicos, se procedió a realizar constantes conversaciones con el equipo para la identificación de posibles indicadores capaces de

entregar información, de manera individual o en conjunto con otros, que posibilitara la evaluación del grado de cumplimiento de dichos objetivos específicos. Sin embargo, este método como mecanismo de diseño de indicadores demostró no ser adecuado o, al menos suficiente, para el Sistema de Control de Gestión.

De este modo, el proceso de construcción de Indicadores transitó por varias etapas en las que se fueron modificando los criterios con que se enfrentaba el desarrollo de la medición. Esta etapa del trabajo, el diseño de los indicadores, permitió uno de los mayores aprendizajes, cambiando el enfoque con el cual hasta ese entonces se estaba enfrentando la construcción de estos.

Una de las principales influencias en los cambios producidos a la construcción de Indicadores fue la opinión experta de los profesores que guiaron el desarrollo del trabajo. Permitieron la reconstrucción de indicadores desde una perspectiva distinta a aquella con la cual se habían hecho en un principio. En una segunda etapa, orientada a esta reconstrucción y ajuste, fue posible desprenderse de la visión que se tenía trabajando desde el interior de la UGCC o, al menos, hacer consciente que se estaba enfrentando el proceso involucrando las necesidades del equipo, las cuales se tenían internalizadas y que de algún modo influenciaban el criterio de construcción. Si bien el considerar sus necesidades resultaba crucial para el buen desenlace del trabajo, el adoptar sus paradigmas sin ser consciente de ello podía resultar igualmente nocivo.

La principal conclusión que dio paso a la reconstrucción de indicadores fue que los construidos en una primera etapa no constituían un instrumento útil al control de gestión. Fue de ese modo que se comenzó el nuevo análisis considerando no sólo aquello que era importante de medir, sino también tomando en cuenta las prácticas que dicha medición gatillaba en quienes serían responsables del resultado del indicador. El observar el proceso desde otro prisma mucho más dirigido al control de gestión, que representa el principal objetivo del trabajo, impuso un filtro que produjo cambios en muchos de los indicadores construidos en una primera etapa y también eliminó a la mayor parte de ellos.

La primera etapa arrojó el diseño de 15 indicadores. De estos fueron eliminados, por ejemplo, indicadores como: % de Derivaciones Exitosas, Aumento % de Derivaciones Exitosas, Promedio mensual de Derivaciones a Privados, Promedio Pacientes en Espera en Urgencia. Todos ellos presentaban problemas de dependencia de factores externos, razón por la cual no eran de utilidad al Control de Gestión.

Para la identificación de estos indicadores no sólo se consideraron los objetivos a alcanzar, también se desarrolló e introdujo un nuevo análisis como apoyo al diseño de estos indicadores: los factores críticos de cada Centro de Responsabilidad. De este modo, y conectando objetivos y factores críticos, se facilita la visión de aquello que resulta ventajoso medir.

La forma de proceder fue analizar cada objetivo por separado y luego identificar a aquel o aquellos factores críticos que más impactan sobre él. Al considerar estos factores críticos enlazados a sus Centros de Responsabilidad correspondientes, es directo visualizar aquello que se quiere mejorar con el control de gestión, aquellas

prácticas que se quieren inducir o eliminar y, finalmente, lo que es factible de medir y que induzca al objetivo que se persigue.

5.7 VALIDACIÓN DE INDICADORES

El proceso de validación de indicadores generó cambios radicales no sólo en la construcción de estos, sino también en la selección de aquellos que compondrían el Sistema de Control de Gestión de la UGCC.

Dados los cambios originado en el proceso de construcción de indicadores, se decidió enfrentar la etapa de validación en conjunto con la reconstrucción de estos.

Se utilizaron nueve criterios de validación. Estos se mencionan a continuación:

Cuadro 9
CRITERIOS DE VALIDACIÓN

1	PERTINENCIA	El indicador tiene claramente un producto relevante o estratégico con el cual se vincula.
2	RELEVANCIA	El indicador tiene un objetivo asociado, el cual está vinculado a lo estratégico.
3	INDEPENDENCIA	El indicador responde a las acciones que desarrolla y controla la institución y no está condicionado a factores externos.
4	COSTO	La obtención de la información es a costos que tienen correlación con los recursos que se invierten en la actividad.
5	FOCALIZACIÓN EN ÁREAS CONTROLABLES	El indicador está focalizado en áreas susceptibles de corregir en el desempeño y genera responsabilidades directas en los funcionarios y el personal.
6	SIMPLICIDAD	Muestra de forma clara el resultado para poder ser analizado por el responsable.
7	OPORTUNIDAD	Se ha definido la frecuencia de medición del indicador, el que debe ser generado en el momento oportuno dependiendo de la necesidad de su medición y difusión.
8	NO-REDUNDANCIA	El indicador es único y no repetitivo.
9	PARTICIPACIÓN	En la construcción del indicador ha participado el jefe del área.

FUENTE: Elaboración Propia.

De estos criterios, aquellos que impactaron más fuertemente en la reconstrucción de indicadores fueron el de Pertinencia, Relevancia e Independencia. Todos ellos sentaron los lineamientos de la segunda etapa, estructurando mucho más el criterio de construcción.

La mayor parte de los indicadores que fueron eliminados tras la validación, de los que habían sido rescatados de la primera etapa de construcción, presentaban problemas de independencia. La revisión de ellos evidenció que dependían fuertemente de factores externos.

Fue esta revisión la que comprobó la influencia del equipo UGCC en los indicadores construidos, ya que estos en su mayoría eran reflejo de sus inquietudes y de aquellas variables que monitorizaban a diario, sin embargo, estas no necesariamente permitían el control de gestión a través de la medición de su desempeño.

Para escoger los indicadores finales, no basta con el grado de correlación que tenga con el objetivo, también es necesario considerar si posee alguna fuente de información y cuál es su disponibilidad. Respecto de esto, muchos de los Indicadores construidos presentaban problemas con el acceso a la información que su diseño requería. El análisis arrojaba en la mayoría de los casos que esta información no era capturada por el Sistema Informático, a pesar de ser algo simple de incluir en él.

Dado este escenario, y considerando que en el nuevo presupuesto del Sistema Informático se considera un ítem de horas fijas de desarrollo, en el Capítulo N°5 serán mencionados aquellos indicadores que, a pesar de ser excluidos del Sistema de Control de Gestión diseñado en este trabajo, son elementos igualmente importantes en los objetivos perseguidos. Sólo se excluyen por no ser factible su medición de forma inmediata. Se hará mención a ellos considerando y sugiriendo las eventuales mejoras al Sistema de Información, ya que no conllevan un gasto extra y permitirían su medición de forma expedita.

5.8 INDICADORES ESTRATÉGICOS SELECCIONADOS

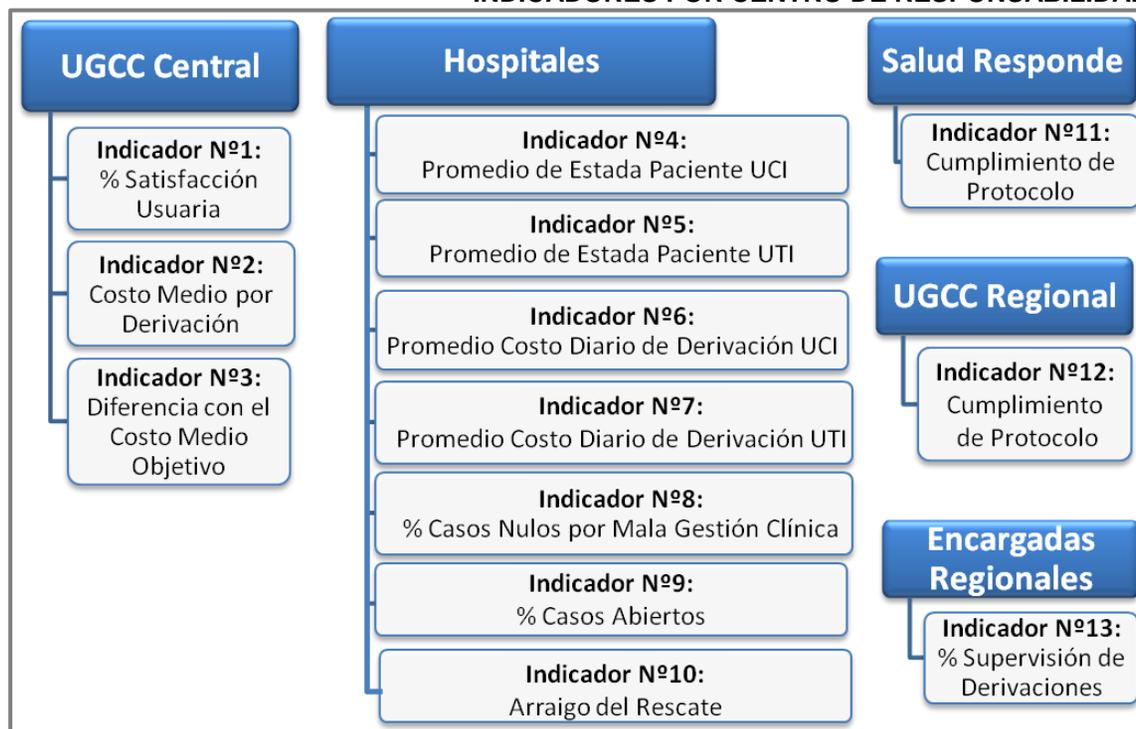
Como resultado se obtuvo un número de 16 indicadores, de los cuales fueron descartados 4. Estos se presentan en el Anexo F y la razón que produjo su eliminación fue que a la fecha de término del trabajo dichos indicadores no presentaban la misma utilidad que al momento de su creación.

Estos indicadores se hacían cargo de deficiencias que en el corto tiempo fueron solucionadas casi en su totalidad. Por ejemplo, se eliminó al Indicador “% de Casos con Error”. Este tenía como centro de responsabilidad a la Salud Responde y a su análogo regional, UGCC Regional. Se descartó porque los casos con errores prácticamente habían dejado de aparecer en el sistema, lo que indicaba que el indicador perdía utilidad.

Lo mismo ocurrió con el indicador “Casos no Registrados” que tenía como responsable también a la UGCC Regional, ya que la práctica de registro de todos ellos parecía estar cada vez más arraigada. Por último, el indicador “ % de Supervisiones a Prestadores Privados” medido para la UGCC Central también fue eliminado. Actualmente, esta supervisión se efectúa sistemáticamente por la coordinadora a cargo.

Figura 25

INDICADORES POR CENTRO DE RESPONSABILIDAD



FUENTE: Elaboración Propia.

Se presentan a continuación los Indicadores seleccionados por Centro de Responsabilidad y con sus particulares especificaciones.

5.8.1 Indicadores UGCC Coordinadora central

INDICADOR N°1: % Satisfacción Usuaría

Objetivos Estratégicos

- Apoyo a la UGCC Central para mejorar la gestión a nivel local.
- Disminuir el impacto de la derivación en los Pacientes y sus Familias.

Descripción

Se busca con esto medir la percepción de los usuarios del sistema, es decir, los pacientes que han sido derivados e instalados en Centros Hospitalarios distintos y alejados de su entorno y ambiente conocido. También incluye percepción de los familiares. El indicador está predeterminado para medir la satisfacción de usuarios y familiares juntos. Sin embargo, su diseño permite el análisis de indicador por separado. Se compone de dos mediciones; una para quienes fueron derivados al Sistema Público y otra para quienes lo hicieron al Privado.

Fórmula

$$(U_s / U_t) * 100$$

U_s : N° de encuestados satisfechos con su proceso de derivación.

U_t : N° total de usuarios encuestados.

Objetivo que Persigue

Conocer la percepción de los usuarios de hospitalización en una Institución distinta al Hospital de Origen, y su grado de satisfacción en las dimensiones relevantes del proceso de derivación en el contexto de la UGCC.

Práctica que Induce

Creación de mecanismos orientados a suplir las falencias que indique la encuesta de satisfacción. Preocupación constante por el bienestar del paciente no sólo en términos clínicos, sino también emocionales. Finalmente, la entrega oportuna de información a familiares que les permita tomar decisiones frente a la derivación del paciente.

Medios de Verificación

- Encuesta de Satisfacción Usuaría.

Meta

Se busca que el indicador sea mayor a un 95%

Frecuencia de Medición

Una vez por año, es decir, cada 52 semanas del Calendario Epidemiológico.

INDICADOR N°2: Costo Medio por Derivación

Objetivos Estratégicos

- Apoyo a la UGCC Central para mejorar la gestión a nivel local.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

En cuanto a la desagregación del indicador, tiene dos niveles de medición: se mide para el Sistema Público como un todo y para cada Hospital en particular. Corresponde a la suma del costo de todas las derivaciones críticas al extrasistema concluidas durante el periodo de medición, dividido por el número de derivaciones.

Fórmula

$$C_{\text{críticas}} / N_{\text{críticas}}$$

$C_{\text{críticas}}$: Costo de todas las derivaciones UCI, UTI y Coronarias realizadas al extrasistema y cerradas durante el periodo de medición. Se incluyen todas las camas: de Adultos, Pediátricas y Neonatología.

$N_{\text{críticas}}$: N° total de derivaciones mencionadas anteriormente.

Objetivo que Persigue

Monitorear los niveles de gasto del Sistema asociados a las compras a Privados, a fin de dar cumplimiento a la meta impuesta por la Comisión de Gestión de Deuda, que indica que el gasto promedio por derivación debe disminuir a M\$6.000.- a fin de año.

Práctica que Induce

Genera conciencia y seguimiento en la UGCC Central del gasto promedio en cada derivación crítica al Sistema Privado. El continuo conocimiento de los niveles de gasto en cada una de estas derivaciones, induce el control permanente de éste y la puesta en marcha de acciones destinadas a su reducción.

Medios de Verificación

- El consolidado de la información, archivo manejado en la UGCC Central, dará cuentas de la cantidad de derivaciones cerradas durante el periodo y su respectivo gasto.
- El gasto de cada derivación crítica es información que proviene del informe que semanalmente envían las Clínicas a la UGCC Central. Este dato se agregará al consolidado.

Meta

Se busca que el indicador alcance los \$6.000.000.- por derivación.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico¹⁸. Ver Anexo D.

INDICADOR N°3: Diferencia con el Costo Medio Objetivo por Derivación

Objetivos Estratégicos

- Apoyo a la UGCC Central para mejorar la gestión a nivel local.
- Contar con información sistemática para reporte a autoridades MINSAL.

Descripción

Se mide sólo para el Sistema Público como un todo. Corresponde a la diferencia entre el valor del Indicador N°1 medido para el Sistema Público completo, menos el costo promedio objetivo impuesto por la Comisión de Gestión de Deuda, el que asciende a los M\$6.000.-

Fórmula

$$C_{\text{promedio}} - \$6.000.000$$

¹⁸ El Calendario incluye 52 semanas epidemiológicas que dividen los 365 días del año. Su uso durante las actividades de vigilancia es importante porque el estandarizar la variable de tiempo permite la comparación de eventos epidemiológicos. Cada semana epidemiológica inicia en domingo y termina en sábado. <http://www.col.ops-oms.org/sivigila/anoepidemiologicodef.asp>

C_{promedio}: Valor del Indicador N°1: "Costo Medio por Derivación" durante el mismo período.

Objetivo que Persigue

Monitorear las variaciones en la brecha existente para alcanzar el gasto objetivo y de ese forma definir planes de acción de acuerdo al resultado del indicador.

Práctica que Induce

Genera conciencia en la UGCC Central de la distancia existente entre el gasto actual de cada derivación y la meta a cumplir. En este sentido, incita a la mejora y acuciosidad en la supervisión de las derivaciones y a la constante mejora de los procesos que originan el encarecimiento de éstas, por ejemplo, induciendo la generación de una estructura de supervisión a la gestión clínica de los Privados.

Medios de Verificación

- Consolidado de Información UGCC
- Informe semanal enviado por las Clínicas.

Meta

Se busca que el indicador sea igual a cero, es decir, que se logró el precio promedio objetivo por derivación.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

5.8.2 Indicadores Hospitales

Indicador N°4: Promedio de Estada Paciente UCI

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la red asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.
- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.

Descripción

Indicador diseñado para medir los días que, en promedio, un paciente UCI permanece hospitalizado en el Sistema Privado. Su diseño incorpora dos niveles de medición: una de tipo global, que incluye a todos los pacientes del Sistema Público derivados mediante convenio UGCC y otra desagregada por Hospital, para analizar su comportamiento individual. El diseño de la medición permite también un nivel de medición por tipo de cama adulto, pediátrica y neonatología.

Fórmula

$$(\sum_n X_{uci})/N_{uci}$$

N_{uci} : Universo de la medición. N° de casos UCI derivados al extrasistema y cerrados durante el período. Dependiendo del nivel de medición, el N serán todos los casos UCI cerrados en el Sistema Público, o los casos UCI cerrados por cada Hospital. Incluye camas de adultos, pediátricas y de neonatología.

X_{uci} : Días que cada paciente UCI, dentro del universo considerado, permanece hospitalizado en el extrasistema.

Objetivo que Persigue

Controlar la gestión interna del Hospital. El Indicador persigue la disminución de los días que cada paciente UCI permanece hospitalizado en el extrasistema.

Práctica que Induce

La principal práctica que pretende radicar en los Hospitales es la creación de Protocolo para priorizar derivaciones al extrasistema de pacientes menos complejos y no quirúrgicos. De esta forma, cada Hospital que enfrente un traslado al extrasistema lo haga considerando las condiciones clínicas de cada paciente, enviando a aquellos que se encuentren más estables y prontos a disminuir su categorización de riesgo dependencia, lo que en definitiva implica una disminución de los costos de cada derivación. Por otro lado, el indicador también persigue arraigar la práctica de seguimiento de pacientes, que a la vez introduzca el hábito de la comunicación permanente con el Sistema Privado, permitiendo la aceleración de los tiempos de rescate.

Medios de Verificación

- Consolidado de Información UGCC
- Informe semanal enviado por las Clínicas.

Meta

Los días de estada promedio deben ser menor a 9 para un paciente UCI.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

Indicador N°5: Promedio de Estada Paciente UTI

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.
- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.

Descripción

Equivalente del Indicador N°3 para cama UTI. Está diseñado para medir los días que, en promedio, un paciente UTI permanece hospitalizado en el Sistema Privado. Su diseño incorpora dos niveles de medición: una de tipo global, que incluye a todos los

pacientes del Sistema Público derivados mediante convenio UGCC y otra desagregada por Hospital. El diseño de la medición permite también un nivel de medición del indicador desagregado por tipo de cama adulto, pediátrica y neonatología, sin embargo, el indicador está predeterminado para estos tipos de cama en conjunto.

Fórmula

$$(\sum_n X_{uti})/N_{uti}$$

N_{uti} : Corresponde al universo de la medición. En este caso al N° de casos UTI derivados al extrasistema y cerrados durante el período. Al igual que en el indicador anterior, la selección del universo dependerá del nivel de medición.

X_{uti} : Días que cada paciente UTI, dentro del universo seleccionado, permanece en el extrasistema.

Objetivo que Persigue

Controlar gestión interna del Hospital. El Indicador persigue la disminución de los días que cada paciente UTI está en el extrasistema.

Práctica que Induce

Corresponde a las prácticas que busca inducir el Indicador N°3.

Medios de Verificación

- Consolidado de Información UGCC
- Informe semanal enviado por las Clínicas.

Meta

Los días de estada promedio deben ser menor a 9 para un paciente UTI.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

Indicador N°6: Promedio Costo Diario de Derivación UCI¹⁹

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.
- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.

¹⁹ Es necesario diferenciar el indicador de "Promedio de Estada Paciente" de "Promedio Costo Diario de Derivación". A modo de explicación: puede enviarse un paciente por pocos días e incurrir en costos muy elevados (los primeros días de un paciente crítico son muy costosos producto de la enorme cantidad de exámenes necesarios, procedimientos y medicamentos para su estabilización). En este caso acusa el indicador "Promedio Costo Diario de Derivación". También puede enviarse un paciente crítico en sus últimos días de estabilización y que signifique un menor costo comparativo, sin embargo, puede permanecer innecesariamente en el extrasistema por falta de seguimiento. En este caso acusa el indicador "Promedio de Estada Paciente".

Descripción

Está diseñado para medir el costo promedio diario de un paciente UCI en el Sistema Privado. Su diseño incorpora una medición de tipo global, que incluye a todos los pacientes del Sistema Público derivados mediante convenio UGCC y otra desagregada por Hospital.

Fórmula

$$(\sum_n Y_{uci})/(\sum_n X_{uci})$$

N_{uci} : Corresponde al universo de la medición. En este caso al N° de casos UCI derivados al extrasistema y cerrados durante el período. Al igual que en los indicadores anteriores, la selección del universo dependerá del nivel de medición.

Y_{uci} : Costo de cada paciente UCI dentro del universo seleccionado.

X_{uci} : Días que cada paciente UCI, dentro del universo seleccionado, permanece en el extrasistema.

Objetivo que Persigue

Controlar gestión interna del hospital. Indicador persigue la disminución del costo diario de cada paciente UCI está en el extrasistema.

Práctica que Induce

Generación de protocolos de derivación. Que cada Hospital que enfrente un traslado al extrasistema lo haga considerando variables que impliquen un menor costo diario de ese paciente en el extrasistema.

Medios de Verificación

- Consolidado de Información UGCC.
- Informe semanal enviado por las Clínicas.

Meta

No se estableció meta para este indicador. Se busca en un principio analizar su comportamiento.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

Indicador N°7: Promedio Costo Diario de Derivación UTI

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.
- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.

Descripción

Equivalente a la del Indicador N°5 para cama UTI.

Fórmula

$$(\sum_n Y_{uti})/(\sum_n X_{uti})$$

N_{uti} : Corresponde al universo de la medición. En este caso al N° de casos UTI derivados al extrasistema y cerrados durante el período. Al igual que en los indicadores anteriores, la selección del universo dependerá del nivel de medición.

Y_{uti} : Costo de cada paciente UTI dentro del universo seleccionado.

X_{uti} : Días que cada paciente UTI, dentro del universo seleccionado, permanece en el extrasistema.

Objetivo que Persigue

Controlar gestión interna del hospital. Indicador persigue la disminución del costo diario de cada paciente UTI está en el extrasistema.

Práctica que Induce

Generación de protocolos de derivación. Que cada Hospital que enfrente un traslado al extrasistema lo haga considerando variables que impliquen un menor costo diario de ese paciente en el extrasistema.

Medios de Verificación

- Consolidado de Información UGCC.
- Informe semanal enviado por las Clínicas.

Meta

No se estableció meta para este indicador. Se busca en un principio analizar su comportamiento.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

Indicador N°8: % Casos Críticos Nulos Por Mala Gestión Clínica²⁰

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

²⁰ La plataforma UGCC permite etiquetar los casos nulos con su respectivo motivo de anulación. Aquellos que recaen en el grupo de motivos por mala gestión clínica son, por ejemplo: agravamiento del paciente, fallecimiento, mejora o se vuelve inestable. Son aquellos motivos evitables bajo un buen criterio médico. Otra razón que recae en el grupo es cuando el paciente encuentra cupo en el mismo Hospital, lo que implica que no se están agotando las posibilidades al interior del recinto antes de solicitar la derivación a la Red.

Descripción

El indicador mide todos aquellos llamados a Salud Responde que finalmente no terminaron en traslado por deficiencias en la gestión clínica. Los casos anulados por esta razón pueden ser evitados y de ese modo no generar un uso inadecuado del Sistema. Su medición está concebida tanto para el Sistema Público completo como para cada Hospital.

Fórmula

$$(C_{NGC} / C_N) * 100$$

C_{NG} : N° de casos anulados durante el período de medición por mala gestión clínica.

C_N : N° total de casos anulados durante el período.

Objetivo que Persigue

El objetivo es la disminución del porcentaje de estos casos. Se busca disminuir solicitudes que pudieron ser evitadas desde un principio y que eventualmente pudieran generar cuellos de botella en Salud Responde.

Práctica que Induce

Incentiva acciones tendientes a mejorar la gestión interna del Hospital. En este caso en particular, induce el gestionar cualquier oportunidad de cama que pudiera existir en el Hospital antes de solicitar el traslado a la Red. Induce la necesidad de mejorar la gestión de Pacientes de cada Hospital, generando estímulos al seguimiento de estos pacientes internos, cuidando que cada uno se encuentre en una cama de la complejidad que le corresponde y no ocupando aquella que podría evitar una derivación a la Red. Asimismo, promueve el establecer y mejorar criterios y protocolización de condiciones clínicas para traslado.

Medios de Verificación

- Consolidado de Información UGCC.

Meta

Se busca que el indicador llegue al 25% este año.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

Indicador N°9: % Casos Abiertos

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

Se busca conocer qué porcentaje de casos que debieran haber sido etiquetados como “cerrados” en la Plataforma Informática, ya sea porque han sido dados de alta o rescatados y devueltos al Hospital de origen, permanecen aún abiertos. Se consideran las derivaciones realizadas al Sector Privado y Público.

Fórmula

$$(C_a / C_t) * 100$$

C_a : N° de casos que, a la fecha de medición, permanecen abiertos dentro de aquellos que debieron haber sido cerrados.

C_t : N° total de traslados terminados en el período.

Objetivo que Persigue

Se busca que se de cierre a la totalidad de los casos, práctica que no ha logrado un alto arraigo hasta el momento. El cerrar casos permite que la pantalla de casos activos se despeje, facilitando la labor de supervisión de la UGCC Central al disminuir los tiempos que ésta dedica a la conciliación de información. Por otro lado, es útil a la gestión local permitiendo un seguimiento y toma de decisiones adecuado.

Práctica que Induce

Induce el que los encargados del cierre de casos, Gestores de Cama, estén pendientes de cumplir con este paso en la plataforma informática. Se persigue también internalizar que una derivación termina cuando el caso queda catalogado en la plataforma informática como "cerrado" y no cuando se ha rescatado o dado de alta al paciente.

Medios de Verificación

- Informe semanal enviado por UGCC Central a Hospitales indicando los casos que mantienen en el extrasistema y aquellos que deben ser cerrados. Ver Anexo E.
- Consolidado de Información UGCC.

Meta

Se busca llegar al 5% de casos abiertos.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

Indicador N°10: Arraigo del Rescate

Objetivos Estratégicos

- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.
- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

El indicador será medido por cada Hospital. Se hará revisando el Informe semanal enviado por UGCC Central a Hospitales indicando los casos que mantienen en el extrasistema y aquellos que debieron ser cerrados. Su diseño está orientado a aquellos casos derivados al Sector Privado.

Este indicador puede tomar dos valores: el Hospital cumple o no cumple el criterio solicitado. La detección de un caso que cumple implica que el hospital tiene pacientes pendientes de rescate con un máximo de dos días de espera. De tener pacientes en el extrasistema listos para rescate durante una cantidad de días superior a dos, inmediatamente no cumple el criterio de aprobación del indicador.

Fórmula

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{CUMPLE} = 0 \\ \text{NO CUMPLE} = 1 \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{CUMPLE: Paciente pendiente de rescate con hasta dos días de espera.} \\ \text{NO CUMPLE: Paciente pendiente de rescate con más de dos días de espera.} \end{array}$$

Objetivo que Persigue

Se busca impactar en el costo que cada derivación pueda llegar a tener. Un paciente que demora en ser rescatado, comienza a aumentar su estadía en el Sistema Privado de forma innecesaria, aumentando el gasto de la prestación.

Práctica que Induce

Induce la toma de acciones en cada Hospital para disminuir los tiempos de Rescate en el sistema Privado. Fortalece el proceso de seguimiento de pacientes, para estar al tanto de las condiciones de estos y del momento exacto en que es posible rescatarlos.

Medios de Verificación

- Informe semanal enviado por UGCC Central a Hospitales indicando los casos que mantienen en el extrasistema y aquellos que deben ser cerrados. Ver Anexo E.

Meta

Se espera obtener el valor 0, es decir, que se cumple el criterio aceptable.

Frecuencia de Medición

Se sugiere una medición cada ocho semanas epidemiológicas.

5.8.3 Indicadores Salud Responde

Indicador N°11: Cumplimiento de Protocolo Interno de Solicitud de Derivación

Objetivos Estratégicos

- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

El indicador será medido mediante la elección de casos al azar abiertos durante el período de control. Se revisará 1 caso por cada enfermero de Salud Responde para verificar el cumplimiento del protocolo.

Para este indicador, la detección de un caso que no cumple el protocolo en instancias distintas a la supervisión, implica que el indicador inmediatamente toma el valor 1.

Fórmula

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{CUMPLE} = 0 \\ \text{NO CUMPLE} = 1 \end{array} \right\} \quad \begin{array}{l} \text{CUMPLE: Se actúa acorde al protocolo.} \\ \text{NO CUMPLE: No se sigue el protocolo.} \end{array}$$

Objetivo que Persigue

Se busca dar total transparencia al Sistema de Derivaciones y velar por el correcto uso de los recursos, resguardando que se efectúe la búsqueda partiendo por el Sistema Público y que al iniciar la revisión del Privado, se haga en el orden que el ranking FONASA indica.

Práctica que Induce

Induce la búsqueda en el Sistema Público antes que todo y el seguimiento del ranking en el Sector Privado, en definitiva, arraiga el cumplimiento del protocolo impuesto a las derivaciones efectuadas en la Red.

Medios de Verificación

- Registro de casos en Salud responde. Ver Anexo D.

Meta

Se espera obtener el valor 0, es decir, que se cumple el protocolo.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

5.8.4 Indicadores UGCC Regional

Indicador N°12: Cumplimiento de Protocolo Interno de Solicitud de Derivación

Objetivos Estratégicos

- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

Equivalente al Indicador N°9 para las UGCC regionales. Se revisará 1 caso por cada enfermero de la UGCC Regional para verificar el cumplimiento del protocolo.

Para este indicador, al igual que en el caso anterior, la detección de un caso que no cumple el protocolo en instancias distintas a la supervisión, implica que el indicador inmediatamente toma el valor 1.

Fórmula

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{CUMPLE} = 0 \\ \text{NO CUMPLE} = 1 \end{array} \right\} \quad \begin{array}{l} \text{CUMPLE: Se actúa acorde al protocolo.} \\ \text{NO CUMPLE: No se sigue el protocolo.} \end{array}$$

Objetivo que Persigue

Equivalente al objetivo del Indicador N°9.

Práctica que Induce

Equivalente a la práctica inducida por el Indicador N°9.

Medios de Verificación

- Registro de casos en Salud responde.

Meta

Se espera obtener el valor 0, es decir, que se cumple el protocolo.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

5.8.5 Indicadores Encargadas Regionales

INDICADOR N°13: % Supervisión de Derivaciones al Sistema Privado

Objetivos Estratégicos

- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

Se espera que las encargadas regionales semanalmente envíen un reporte a cada uno de los Hospitales que se encuentran bajo su supervisión, informando de los pacientes que mantienen en el Sector Privado.

Fórmula

$$(S_r / S_p) * 100$$

S_r : Supervisiones Realizadas

S_p : Supervisiones Programadas

Objetivo que Persigue

Controlar proceso de derivaciones al Sector Privado. Busca el que las Encargadas Regionales mantengan un seguimiento constante de los pacientes en el Sector Privado e informen a los respectivos Hospitales a fin de gatillar el rescate oportuno de estos. Básicamente, se busca reproducir en Regiones lo que realiza la UGCC Central en la Región Metropolitana, a través de M^a Elena Campos - Encargada Operativa de RM y Clínicas, solicitando un reporte semanal a cada clínica con los pacientes que mantiene hospitalizados y luego enviando a cada Hospital los pacientes que mantiene en el Sistema Privado de Salud.

Práctica que Induce

Induce en regiones la supervisión estructurada de las derivaciones. Al mismo tiempo, establece la comunicación de los Prestadores Privados Regionales tanto con las Encargadas Regionales como con los Prestadores Públicos.

Medios de Verificación

- El Reporte enviado por las Encargadas Regionales es también el medio de verificación, ya que debe enviarse siempre con copia a la UGCC Central.

Meta

Se espera obtener el valor 95%.

Frecuencia de Medición

Cada ocho semanas del Calendario Epidemiológico.

5.9 MEDICIÓN DE PRUEBA

La Medición de Prueba fue restringida a la Región Metropolitana dado que es la región a la que se tiene acceso más expedito a la información, siendo ésta de un nivel de confiabilidad mayor.

Se muestran a continuación los valores obtenidos para los indicadores del Sistema de Control de Gestión.

Cuadro 10
MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADOR N°1

Nº	NOMBRE INDICADOR	VALOR ACTUAL	META
Nº1	Satisfacción Usuaría	95%	> 95%

En cuanto a la percepción del usuario, en los meses de Septiembre y Octubre del 2009 se aplicó una encuesta de satisfacción usuaria a los familiares de pacientes derivados a otros establecimientos de la red pública y privada. En esta evaluación, destaca la positiva percepción de los usuarios sobre la experiencia de la derivación a través de la UGCC, con una satisfacción sobre el 95% en ambas instancias, tanto familiares como pacientes.

Se utilizan los resultados de aquella encuesta, ya que la frecuencia de medición de este indicador es anual y se mide con la aplicación de dicha encuesta.

Cuadro 11
MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADORES N°2 AL N°7

Nº	NOMBRE INDICADOR	VALOR ACTUAL	META
Nº2	Costo Medio por Derivación	No Disponible	M\$6.000
Nº3	Diferencia con el Costo Medio Objetivo por Derivación	No Disponible	0
Nº4	Promedio de Estada Paciente UCI	No Disponible	< 9
Nº5	Promedio de Estada Paciente UTI	No Disponible	< 9
Nº6	21Promedio Costo Diario de Derivación UCI	No Disponible	/
Nº7	Promedio Costo Diario de Derivación UTI	No Disponible	/

De la tabla se observa que la mayoría de los indicadores propuestos no presentan medición. La razón de esto es que para dichos indicadores era necesario obtener información con la que la unidad no contaba, al menos no de forma completa.

Respecto de esta información, de carácter financiero a excepción de los días de estada, cabe mencionar que su obtención responde a un esfuerzo reciente por parte de la UGCC Central. Desde principios de Julio del presente año se está intentando recuperar esta información por medio de las Clínicas, haciendo que estas adjunten los valores de facturación por cada paciente que ha sido dado de alta o rescatado por su Hospital de Origen. Lo mismo ocurre con los días de estada, ya que en estos momentos son sólo las Clínicas quienes pueden entregar dicha cantidad de días de forma confiable²². La información existente al respecto es bastante dispersa en continuidad y cuanto a la Clínica que la envía, ya que la mayoría de ellas hasta el momento no lo ha hecho. Por dicha razón no se cuenta con datos representativos de la situación, en particular, del gasto por compras al extrasistema. En relación a este tema y los problemas con la obtención de información sobre la facturación, en el Capítulo N°6 se incluyen recomendaciones y propuestas de solución.

Cuadro 12
MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADORES N°8 AL N°12

Nº	NOMBRE INDICADOR	VALOR ACTUAL	META
Nº8	% Casos Críticos Nulos Por Mala Gestión Clínica	81,06%	25%
Nº9	% Casos Abiertos	17,67%	5%
Nº10	Cumplimiento de Protocolo	0	0
Nº11	Cumplimiento de Protocolo	1	0
Nº12	% Supervisión de Derivaciones	No Disponible	95%

²¹ Si bien el momento en que los Hospitales etiquetan los casos como cerrados en el sistema informático corresponde al término de la derivación y, en consecuencia, origina el cálculo de los días que el paciente estuvo en el extrasistema, en la práctica el cierre de casos no es inmediato, por eso no es de utilidad para el cálculo de los días de estada de un paciente. Por esa razón se diseñó un indicador para medir el % de casos abiertos a fin de inducir la práctica del cierre de estos.

En relación a estos últimos indicadores, se dificultó la elección de un período para efectuar la medición, ya que se contaba con información consolidada hasta ciertos meses para unos indicadores y para otros la fecha de actualización de la información no coincidía. Finalmente se optó por medir lo existente hasta la fecha, sin exigencia de que representara el mismo período. La decisión persigue ilustrar el comportamiento del indicador en algún momento, a pesar de no ser la última actualización de éste.

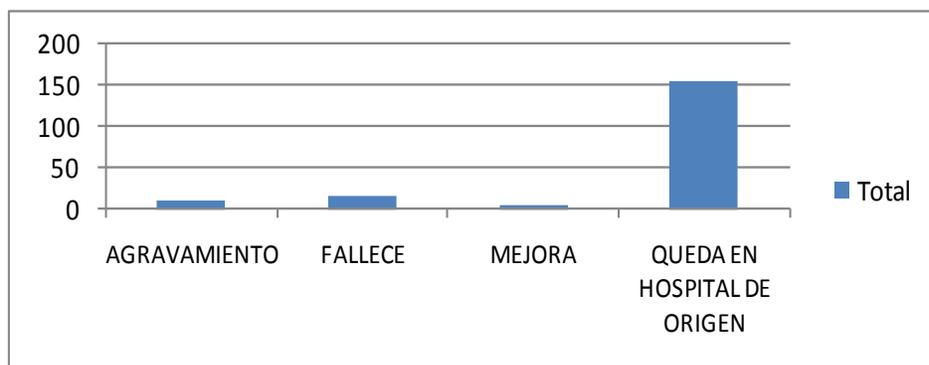
La decisión anterior produjo que el Indicador N°8 fuera medido para el período comprendido por las semanas epidemiológicas 13, 14, 15 y 16. La razón fue que la última consolidación de información para casos nulos fue realizada el 24 de abril del 2010, coincidente con el término de una semana epidemiológica. El resultado de la medición indicó que en esos momentos el 81,06% de los casos nulos respondía a razones de mala gestión clínica al interior de los Hospitales. Se comprobó que se encontraba lejos de la meta propuesta para este indicador.

Cuadro 13
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADOR N°8

SEM	Mes	D	L	M	M	J	V	S	Mes
13	Mar	28	29	30	31	1	2	3	Abr
14	Abr	4	5	6	7	8	9	10	Abr
15	Abr	11	12	13	14	15	16	17	Abr
16	Abr	18	19	20	21	22	23	24	Abr

Cuadro 14
MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADOR N°8

Motivo Anulación	Total	%	% Mala Gestión Clínica
AGRAVAMIENTO	9	3,96	3,96
FALLECE	15	6,61	6,61
MEJORA	4	1,76	1,76
OTRAS GESTIONES	36	15,86	
QUEDA EN HOSPITAL DE ORIGEN	156	68,72	68,72
RECHAZA TRASLADO	5	2,2	
(en blanco)	2	0,88	
Total	227	100	81,06



Fuente: Elaboración Propia.

Para los indicadores N°9, N°10 y N°11, se utilizó el período correspondiente a las semanas 25, 26, 27 y 28, ya que la información existente permitía hacerlo.

Cuadro 15

SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADORES N°9 al N°11

SEM	Mes	D	L	M	M	J	V	S	Mes
25	Jun	20	21	22	23	24	25	26	Jun
26	Jun	27	28	29	30	1	2	3	Jul
27	Jul	4	5	6	7	8	9	10	Jul
28	Jul	11	12	13	14	15	16	17	Jul

Fuente: Elaboración Propia.

Para el indicador N°9: “% Casos Abiertos”, se obtuvo un valor de 17,67%. El que también se aleja de la meta de 0%.

Cuadro 16

MEDICIÓN DE PRUEBA INDICADOR N°9

Casos por Cerrar	Casos que debieron Cerrarse en el Período
41	232
17,67%	100%

Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto al cumplimiento del Protocolo, se verificó con los casos inspeccionados al azar que en Salud Responde se da total cumplimiento a éste, es decir, el Indicador N°10 toma el valor 0, lo que significa que cumple. Sin embargo, en las UGCC Regionales se observaron problemas particularmente en la V Región, en donde no se cumple el protocolo y un caso revisado, del que se tenía conocimiento anterior, no registró en la ruta de llamados la revisión al Sistema Público antes de pasar al Privado, lo que va en contra de las obligaciones que impone la UGCC de registrar la ruta completa de revisión en cada caso, tal como lo muestra el Anexo C. Por esta razón, el Indicador N°11 toma el valor 1, es decir, No Cumple el protocolo.

Finalmente, el Indicador N°11 no se encuentra disponible ya que sólo desde comienzos de julio se les está pidiendo a las Encargadas Regionales la revisión exhaustiva del Sector Privado a fin de enviar un informe a cada Hospital bajo su cargo de los pacientes que mantienen en el extrasistema y los casos que deben cerrar en el sistema informático. También desde la misma fecha se les está exigiendo enviar dicho reporte con copia a la UGCC Central.

CAPITULO 6: PROPUESTA DE MEJORA AL SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

La importancia de la propuesta radica en que abarca aquellos ámbitos que, el diseño del Sistema de Control de Gestión entregado por este trabajo, por diversos motivos tuvo que dejar fuera. Entre estos motivos están, principalmente, la falta de información con acceso expedito para la construcción de otros indicadores relevantes. La propuesta se origina debido a que los cambios necesarios para poder hacerla efectiva son simples y no conllevan un gasto extra para el sistema.

El objetivo de la propuesta es complementar el Diseño del capítulo anterior. Esto se hará presentando otros indicadores que merecen ser incluidos en el Sistema de Control de Gestión y, a la vez, recomendando los cambios que deben producirse en el sistema y la información que éste debe recoger.

6.1 PROPUESTA DE INDICADORES

INDICADOR PROPUESTO N°1: Demora Promedio en el Traslado

Centro de responsabilidad

Hospitales

Objetivos Estratégicos

- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.
- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.

Descripción

El indicador efectúa una medición del tiempo que, en promedio, transcurre entre el minuto en que se le encuentra cupo al paciente y el minuto en que éste es efectivamente trasladado.

Fórmula

$$(\sum_n D_{\text{traslado}})/N_{\text{traslados}}$$

D_{traslado}: Demora en el traslado. Lapso de tiempo que transcurre entre que el cupo es encontrado y el paciente es derivado.

N_{traslados} : N° total de derivaciones realizadas por el sistema durante el período.

Objetivo que Persigue

Monitorear la tardanza de cada derivación para poder efectuar un análisis certero no sólo de estos tiempos, sino también de las razones que ocasionan la demora. Se busca también disminuir estos tiempos y de ese modo impactar en el costo que cada derivación pueda llegar a tener. La razón detrás es que un paciente con un largo tiempo de demora en su traslado llega al centro receptor en condiciones de mayor gravedad o inestabilidad, lo que aumenta el gasto de la prestación requerida. Por otro lado se busca constatar si la disponibilidad actual de ambulancias para efectuar el servicio de traslado es suficiente.

Práctica que Induce

Induce la toma de acciones en cada Hospital por disminuir sus tiempos de Demora en Traslados. Por ejemplo, mejorar la comunicación con ambulancias o comenzar a gestionar el traslado con estas con anterioridad. También estimula la búsqueda de otras alternativas de traslado, dando paso a evaluaciones del costo alternativo de la contratación de traslado externo en comparación con el tiempo de demora en el

traslado que es un costo que tiene implicancias clínicas, por ejemplo, un paciente que tras una larga espera llega más descompensado al Sistema Privado incurre en un mayor costo producto de las prestaciones más complejas que necesita. No obstante, se debe tener en cuenta que dicha evaluación de costos es compleja de precisar y comparar.

Frecuencia de Medición

Se sugiere una medición cada ocho semanas epidemiológicas.

Observaciones

Actualmente la plataforma informática no permite la medición expedita de estos tiempos. Si bien cada enfermero de Salud Responde registra estos tiempos, lo hace a modo de comentario, bajo el mismo sistema en que registra la ruta de búsqueda del cupo. Por esta razón, si bien la información existe, el formato en el que se encuentra no hace posible la medición de estos tiempos en forma expedita.

Se recomienda incluir en el sistema informático el registro de dos variables: la hora en que se le encuentra cupo al paciente y la hora en que el Hospital lo deriva al centro receptor. La diferencia de estas dos variables permitirá contar con el tiempo de demora en cada derivación.

La propuesta de cambios en el sistema informático obedece a que, tal como se mencionó anteriormente, están consideradas en el contrato horas fijas de trabajo de los informáticos en el desarrollo del sistema, por lo que no se incurre en un gasto extra.

INDICADOR PROPUESTO N°2: Demora Promedio en el Rescate

Centro de responsabilidad

Hospitales

Objetivos Estratégicos

- Optimizar los recursos disponibles del Sector Público.
- Mejorar gestión y eficiencia de la Red Asistencial.
- Mejorar arraigo de prácticas en actores involucrados en la UGCC.

Descripción

El indicador efectúa una medición del promedio de días que transcurre entre que un paciente está listo para ser rescatado y el momento en que el Hospital efectivamente lo rescata. Su diseño está orientado sólo a los rescates en el Sector Privado.

Fórmula

$$(\sum_n D_{\text{rescate}})/N_{\text{traslados}}$$

D_{rescate}: Demora en el rescate. Días que transcurren entre el momento en que el paciente está listo para rescate y el Hospital lo rescata.

N_{traslados}: N^o total de rescates realizados por el sistema durante el período. Se consideran pacientes rescatados del Sector Privado.

Objetivo que Persigue

Monitorear la tardanza de cada rescate para exigir a los Hospitales la disminución de este tiempo. Se busca impactar en el costo que cada derivación pueda llegar a tener. Un paciente que demora en ser rescatado, comienza a aumentar su estadía en el Sistema Privado de forma innecesaria, aumentando el gasto de la prestación.

Práctica que Induce

Induce la toma de acciones en cada Hospital para disminuir los tiempos de Rescate en el sistema Privado. Fortalece el proceso de seguimiento de pacientes, para estar al tanto de las condiciones de estos y del momento exacto en que es posible rescatarlos. Al igual que el indicador anterior, se busca que el Hospital, a través de su Gestor de Camas, mejore la comunicación con ambulancias y de ese modo comenzar a gestionar el traslado con anterioridad, evitando problemas de disponibilidad de ambulancias a último minuto.

Frecuencia de Medición

Se sugiere una medición cada cuatro semanas epidemiológicas.

Observaciones

Se sugiere incluir al sistema informático el registro de la variable “Fecha Listo para Rescate” y “Fecha de Rescate”, de esa forma y, considerando el arraigo de la práctica de cerrar a tiempo los casos por parte de los Hospitales, la diferencia de las fechas daría origen al número de días que demora un paciente en ser rescatado.

6.2 RECOMENDACIONES

El haber trabajado durante tres meses al interior de la UGCC Central permitió no sólo conocer desde cerca el funcionamiento del sistema e internalizar los procesos claves insertos en sus operaciones diarias, sino también generar una visión crítica sobre la UGCC, detectando falencias que son presentadas a continuación en conjunto con recomendaciones que sean de utilidad al equipo coordinador.

El análisis se hará para cada tema detectado factible de mejorar: Relación con el sistema Privado; Acceso a la Información Financiera, Planificación Estratégica de la Unidad.

6.2.1 Relación con el Sistema Privado

La relación actual con los privados no está bien definida. Si bien desde hace un tiempo los esfuerzos se han dirigido a mejorar la comunicación con las Clínicas y mantener un constante flujo de información con ellas, hasta el momento no existe una declaración de responsabilidades y compromisos que rijan la relación entre la UGCC y aquellas Clínicas que se adjudiquen la licitación de camas hecha por FONASA. Del

mismo modo, tampoco está claro lo que FONASA pide a la UGCC respecto al comportamiento de las Clínicas y protocolización de elementos que influyan en la clasificación y ranking de prestadores privados.

La falta de definiciones claras se evidencia, por ejemplo, en los reportes que semanalmente se les pide a cada Clínica. En ocasiones el equipo UGCC Central necesita de información que debe ser provista por las Clínicas, ya sea para corroborar información, o como se ha solicitado ahora, incluir en el reporte los días de estada de cada paciente que pasa por Clínica o la facturación de éste. Cada vez que el equipo requiere solicitar información específica de parte de privados, se ve enfrentado a quiebres relacionados con si es o no exigible dicha información por parte de la UGCC. No existe claridad respecto a si se debe asumir una relación de poder sobre las Clínicas o ésta es sólo de compromiso y colaboración.

Dada la situación descrita, se recomienda al equipo conocer a fondo el proceso de licitación de camas llevado a cabo por FONASA, hecho que pudiera cambiar algunos preceptos de la relación. Indagar en los contratos y en la licitación propiamente tal, a fin de incluir en conjunto con FONASA cláusulas orientadas a corregir las ambigüedades en la relación de autoridad con las Clínicas, definiendo al mismo tiempo responsabilidades y compromisos que deben cumplir. De este modo se evitaría cada vez que se solicita algo a los privados, sentir que se está pidiendo un favor.

Por otro lado, la mediación de la UGCC Central en la elaboración de los contratos con privados, permitiría no sólo atribuciones para exigir aquella información que necesita, sino también someter a las Clínicas a la supervigilancia de la UGCC Central a través del contrato, permitiendo de ese modo la evaluación del desempeño de los privados, lo que hasta ahora no se hace. Es más, las Clínicas no fueron incluidas como centro de responsabilidad en el Sistema de Control de Gestión diseñado en este trabajo. La razón obedece a que no existe claridad sobre la autoridad que se tiene sobre ellas, por lo que no era factible evaluar desempeño. Sin embargo, esto debería hacerse, imponiendo indicadores a privados.

Relacionado también con el tema de supervisión y con lo que es exigible o no por parte de la UGCC Central, se sugiere implantar el proceso de auditar la ficha²³ en todos los hospitales o hacerlo de forma centralizada. Dicho proceso consiste en una auditoría a los cobros efectuados por los prestadores privados que reciben pacientes a través de la UGCC. La finalidad de la auditoría es comprobar que la Clínica cumpla dos condiciones básicas: que efectúe sólo los procedimientos estrictamente necesarios y, que aquellas prestaciones de alto costo las realice sólo bajo la autorización del Hospital derivador, el que debiera tener mecanismos expeditos para que esto se realice en forma oportuna y con un sistema de registro; por otro lado, se verifica que la facturación de cada paciente incluya sólo aquellas prestaciones efectivamente realizadas y no procedimientos que nunca le fueron otorgados.

²³ Hasta la fecha, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) es el único que realiza auditoría a las Clínicas a las que deriva pacientes. Los resultados han sido positivos, disminuyendo el costo de cada derivación al descubrir cobros indebidos en la facturación.

6.2.2 Información Financiera

Al enfrentar el proceso del diseño del Sistema de Control de Gestión, una de las primeras preguntas que surgieron fueron en relación a la información con que la UGCC contaba y, más importante aún, con la accesibilidad que a ella tenía.

Resultaba directo contar con aquella información procedente del sistema informático. Sin embargo, éste no contenía información del costo de cada traslado. Dada la importancia que tenía dicha información para el buen resultado del Sistema de Control de Gestión, hubo consenso en relación a que era necesario que la UGCC Central contara con ella. No obstante, las formas de acceder a ellas no fueron sencillas, es más, hasta la fecha de la medición de prueba no se contaba con ellas.

El equipo ideó distintas formas de obtener la información. Entre ellas, la primera apuntaba a solicitar la información de la facturación a cada Hospital. No obstante, esta idea no prosperó. Los Hospitales ordenan sus cuentas y dan pago a estas como mínimo tres meses después, razón por la que se descartó este camino ya que implicaba contar con información tres meses atrasada de forma permanente.

La segunda vía de obtención de esta información fue solicitarla a las Clínicas. Se presentaron los problemas descritos en el punto anterior, es decir, no estaba claro si era exigible por parte de la UGCC la entrega de dicha información. Si bien es cierto hubo Clínicas que incluyeron el costo de cada derivación en sus reportes semanales, estas fueron contadas excepciones.

Cabe mencionar que esta forma de llegar a la información del costo de cada traslado sigue activa. Sin embargo, los resultados no han sido satisfactorios ya que la mayoría de las Clínicas no ha respondido de la forma esperada.

Dado este contexto, se rescata la propuesta descrita por la Dra. Pimstein a modo de recomendación por parecer la alternativa más razonable. Ella propuso que la facturación que realiza cada Clínica incluyera una copia para la UGCC. Esta solución es pertinente y de fácil implementación. Como es sabido, cada clínica en estos momentos envía la facturación al Hospital correspondiente y lo hace con una copia a FONASA. Por esta razón, no parece engorroso incluir otra copia dirigida a la UGCC Central, a fin de que esta comience a generar un análisis financiero del sistema. Sin embargo, esta decisión pasa inevitablemente por FONASA, ya que es este organismo el que indica a las Clínicas la forma de proceder en relación a temas de cobros.

En definitiva, la implementación de la última alternativa requiere de una solicitud por parte de la UGCC Central a FONASA y, por supuesto, de la voluntad de ésta.

6.2.3 Planificación Estratégica de la Unidad

Dado el tema del trabajo y la importancia de que el Sistema de Control Gestión sea de utilidad y a la vez perdure y se actualice en el tiempo, resulta prudente hacer sugerencias a la planificación estratégica de la unidad y a forma en que debe ser llevado el proceso.

De partida, se sugiere a la UGCC Central realizar cada año un proceso de planificación bien estructurado, que incluya a todo el equipo de trabajo. El objetivo es validar cada año el Sistema de Control de Gestión, por ejemplo, supervisando la coherencia entre los objetivos estratégicos propuestos cada año y la finalidad que persigue el indicador, eliminando aquellos indicadores que ya no sean de utilidad al control de gestión e introduciendo otros que rescaten el objetivo de la nueva planificación.

De particular interés resulta el tema de de las Unidades de Urgencia Hospitalaria y la situación de sus pacientes que permanecen en espera de cama. Sobre este punto, y en relación a la planificación estratégica, se sugiere a la UGCC Central definir la importancia de la Situación de Urgencias en su estrategia. Sin embargo, dicha planificación radica en la DIGERA. Las definiciones sobre qué hacer para dar solución estructurada y sistemática o ante la emergencia en el caso de las UEH es un rol que no corresponde a la UGCC, quien sólo recopila, entrega información y genera las acciones necesarias. Dichos lineamiento deben ser definidos estratégicamente por la DIGERA.

Actualmente no hay lineamientos claros al respecto y en ocasiones pareciera existir falta de coherencia entre la estrategia y el accionar de la unidad en cuanto a las Urgencias. En el día a día la UGCC Central se preocupa de que cada Hospital ingrese la información del estado de sus Unidades de Urgencia, sin embargo, no hay definición clara respecto de qué hacer frente a dicha información. Si bien esta es analizada y consolidada en el tiempo, no se han definido acciones a seguir frente a los resultados que el análisis pueda entregar. Esto evidencia un vacío en la planificación respecto a este tema, ya que si se revisa dicha planificación estratégica en el Capítulo N°5, en ningún momento se hace mención a objetivos relacionados con las Urgencias de los Hospitales.

Considerando lo anterior, se recomienda como primer paso exigir a la DIGERA definiciones sobre la estrategia a abordar en todo lo referente a Unidades de Emergencia Hospitalarias, como también la importancia que la UGCC le debiera otorgar al tema de las Urgencias, es decir, si lo considera como parte de sus intereses centrales o no. En este sentido, es clave que la DIGERA y UGCC precisen si se considera a las Urgencias, y al estado y desempeño de estas, como una responsabilidad que cae dentro de las competencias y ámbitos de acción de la unidad. De ser así, el segundo paso debería ser incluir el tema dentro de la planificación estratégica y definir los objetivos que se pretenden alcanzar en torno a las Unidades de Urgencia Hospitalarias.

CAPITULO 7: CONCLUSIONES

El trabajo presentado ha finalizado con el diseño de un Sistema de Control de Gestión para la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud.

Diseñar el sistema de control de gestión consideró un detallado análisis del funcionamiento y situación actual de la unidad, el cual reveló aspectos críticos que conforman las debilidades del sistema hoy en día y sobre las cuales se debe ejercer un permanente un control. El cruce de factores críticos con los objetivos estratégicos

planteados por la unidad permitió la construcción de los indicadores del Sistema de Control de Gestión.

El desarrollo del trabajo no sólo permitió conocer el funcionamiento de la UGCC. De forma paralela, también se pudo descubrir el inmenso aporte que ésta entrega al Sistema de Salud Público, haciendo una contribución indiscutible al cumplimiento del principal objetivo declarado por el Ministerio de Salud: "acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades". Si bien este objetivo no se ha alcanzado completamente, pues aún se observan largas colas de espera en la atención pública y pacientes que aún no son oportunamente atendidos, la UGCC ha permitido una mejora en el acceso oportuno a una cama de hospitalización gracias a la colaboración de las redes con menor demanda en beneficio de las más desbalanceadas, generando una utilización óptima y eficiente del recurso público, efectuando compra de camas a privados sólo cuando el sistema público en su totalidad está sin disponibilidad.

Por otro lado, la creación de la UGCC no sólo ha hecho más eficiente el uso del recurso público, también ha sentado las bases para el análisis exhaustivo de la situación hospitalaria del Sistema Público de Salud, aportando bases de datos inexistentes hasta ahora, y por ende, datos duros para la mejora de la gestión y toma de decisiones en todo lo relativo a la administración de las camas públicas del País.

Sin embargo, la UGCC demostró saber que no son suficientes las buenas intenciones de la unidad o que ésta esté convencida de que lo que hace es lo correcto. Para asegurar la continuidad en el tiempo se debe evitar considerar que lo que se hace no requiere de mediciones de desempeño. Fue esta visión la que incitó a la UGCC a solicitar la construcción del Sistema de Control de Gestión diseñado en este trabajo.

De ahora en adelante, la unidad no sólo deberá preocuparse de la reducción de costos de las derivaciones que se producen en el sistema. También deberá perfeccionar aspectos de la gestión, dirigiendo los esfuerzos a mejorar sus principales debilidades y a arraigar las prácticas deseadas por el sistema, es decir, aquellas que pretende medir el Sistema de Control de Gestión que se sugiere.

Finalmente, el desarrollo del trabajo ha demostrado que la regulación del acceso a la salud es más que la implementación de herramientas informáticas o de estrategias. Es también la correcta interacción entre gestores y prestadores, entre clínicos y directivos, entre profesionales y usuarios, en sus distintas necesidades y responsabilidades, lo que contribuyendo al bien común y a elevar los niveles de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

- MINISTERIO DE SALUD. 2009. Informe de creación, puesta en marcha y funcionamiento de la UGCC.
- MINISTERIO DE SALUD. 2010. Reseña UGCC.
- LASTRA TORRES, J. 2004. "Estudio acerca del uso y gestión de camas hospitalarias en la Región Metropolitana".
- REVISTA CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA. 2004; Vol(19) pág, 231.
- FONASA. 2009. Balance de Gestión Integral.
- BONNEFOY, JC; ARMIJO, M. 2005. "Indicadores de desempeño en el sector público".
- ILPES. 2003. "Los Indicadores de Evaluación de Desempeño: Una herramienta para la gestión por resultados en América Latina".
- CEPAL. 2003. "Sistema de Control de Gestión y Presupuestos por resultados: la experiencia Chilena".
- DIPRES. 2005. "Indicadores de gestión en los servicios públicos".
- FILGUEIRA LIMA, CARLOS. 2004. "Innovaciones en los sistemas de información para la gestión en salud"
- DIPRES. 1996. Guía de Planificación Estratégica. Guía SEV Uruguay.

ANEXOS

Anexo A VISTA ENTRADA AL SISTEMA INFORMÁTICO

Usuario: Contraseña:

Bienvenido

Sistema de gestión centralizado de camas .

Ingrese su usuario y contraseña para entrar

Anexo B VISTA DE LAS DERIVACIONES EN EL SISTEMA INFORMÁTICO

ID	ORIGEN	RUT PACIENTES	PACIENTE	TIPO DESTINO	DESTINO	TIPO CAMA	HORA CREACIÓN	FECHA CREACIÓN	HORA DERIVACIÓN EXITOSA	FECHA DERIVACIÓN EXITOSA	RIESGO	CAMBIO RIESGO
142447	H. San Felipe	23302912-2	maximo puebla chasales	PRIVADO	Clínica Reñaca	UCI	21:13	21-07-2010	06:22	22-07-2010	-	-
142475	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr Al	9.401.790 - 4	JORGE HECTOR NAVARRO DÍAZ	PRIVADO	Clínica Santa María	CORONARIA	22:18	21-07-2010	05:11	22-07-2010	-	-
142443	Hospital Dr Exequiel González Cortés	23.277.023-6	BENJAMIN TAPIA BADILLA	PRIVADO	Clínica INDISA	UCI	21:08	21-07-2010	05:07	22-07-2010	-	-
142312	Complejo Hospitalario San José	4.494.141 - 4	ANGEL MELENDEZ HERNÁNDEZ	PRIVADO	Clínica INDISA	UCI	16:21	21-07-2010	05:05	22-07-2010	-	-

VISTA DEL REGISTRO DE UN CASO EN EL SISTEMA INFORMÁTICO

ID derivación: 142475
 ID derivaciones padre: {142475}
 Creador: Isabel Hernández Molina[40095]
 Última modificación 05:11 del día 22/07/2010

Datos de la llamada
 Responsable llamada:
 Hora y fecha de la derivación 22:18 del día 21/07/2010

Datos de destino
 Tipo de destino:
 Destino:
 Nombre médico contacto unidad receptora:
 Teléfono:

Datos del paciente
 RUT paciente:
 Nombre paciente:
 Edad paciente: Días: Meses: Años:
 Tipo paciente:
 Diagnóstico:
 Caracterización caso:

Datos de origen
 Hospital de Origen:
 Unidad de origen:
 Nombre medico derivador:
 Teléfono:

Requerimiento y condición de traslado
 Requiere cama:
 Drogas vasoactivas:
 Ambulancia:
 Observaciones específicas: ANT DE ACV HACE 3 AÑOS NO SECUELADO- HTA- DM.
 CON DOLOR HACE 40 HRS. TORÁXICO IRRADIADO
 Horas hospitalizar:

SAMU
 Hora aviso a derivador local:
 Disponibilidad:
 Informa situación SAMU:
 Hora cierre caso del día

Observaciones:

Creado por: Isabel Hernández Molina
 Fecha: 2010-07-21 22:24:13.724403
 SE RECIBE SOLICITUD DE CUPO U CORONARIA PARA PACIENTE QUE REQUIERE ANGIOPLASTIA DE RESCATE. AUTORIZA BUSCAR EN RED PRIVADA DE NO ENCONTRAR BÚSQUEDA EN RED PÚBLICA. H SAN BORJA EU GABRIELA - DR. LUCERO SIN CUPO. H SOTERO DEL RIO DR SALGADO cuenta con cupo pero informa que por indicac recibir paciente de fuera del área. . H BARROS LUCO EU CAMILA - DR.MEDINA SIN CUPO. H SAN JOSÉ DR.MERINO SIN CUPO. H SAN JUAN EU EVELYN - DR.GAG SI

Creado por: Isabel Hernández Molina
 Fecha: 2010-07-21 22:59:37.966315
 H TORAX DR RAFAEL PRAT DE INTEMEDIO SOLICITA COMUNICACIÓN CON DR.MORA DE UCI PARA CUPO, ME COMUNICO CON HEMODINAMISTA DE URGENCIA DR.E MANTENCIÓN POR LO QUE NO PUEDEN RECIBIR AL PACIENTE. se inicia la búsqueda en red privada: por unidad coronaria se busca en primer lugar en H CL UC

Creado por: Isabel Hernández Molina
 Fecha: 2010-07-21 23:12:16.456126
 LLAMO A DR.MENDEZ DE H CL UC SIN CUPO. SAN CARLOS DE APOQUINDO EU ANDREA - DR.BARAHONA SIN CUPO.

Creado por: Isabel Hernández Molina
 Fecha: 2010-07-21 23:49:08.24829
 SE CONTINÚA LA BÚSQUEDA SEGÚN RANKING; H DE CARABINEROS EU ALEJANDRA INFORMA SIN HEMODINAMIA DE URGENCIA. CL COLONIAL Y CL VESPUCCIO SIN H DR.MONTANER CUENTA CON CUPO PERO SOLICITA CARTA AMPLIA DE RESPALDO FAXEADA.

Creado por: Isabel Hernández Molina
 Fecha: 2010-07-21 23:56:33.567095
 SE INFORMA A MÉDICO TRATANTE QUIEN CUENTA CON CARTA Y PROCEDERÁ A FAXEAR CARTA AL 2101315. DE CL ALEMANA.

Creado por: Isabel Hernández Molina
 Fecha: 2010-07-22 00:33:39.751266
 se recibe llamado de dr jara quien informa que dr Montaner le informa directamente que por orden de su jefatura no recibirán pacientes fonasa. SE CONTINÚ SIN CUPO. CL TABANCURA DR.TORRES SIN CUPO.

Anexo D
CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO AÑO 2010

SEM	Mes	D	L	M	M	J	V	S	Mes	SEM	Mes	D	L	M	M	J	V	S	Mes
1	Ene	3	4	5	6	7	8	9	Ene	27	Jul	4	5	6	7	8	9	10	Jul
2	Ene	10	11	12	13	14	15	16	Ene	28	Jul	11	12	13	14	15	16	17	Jul
3	Ene	17	18	19	20	21	22	23	Ene	29	Jul	18	19	20	21	22	23	24	Jul
4	Ene	24	25	26	27	28	29	30	Ene	30	Jul	25	26	27	28	29	30	31	Jul
5	Ene	31	1	2	3	4	5	6	Feb	31	Ago	1	2	3	4	5	6	7	Ago
6	Feb	7	8	9	10	11	12	13	Feb	32	Ago	8	9	10	11	12	13	14	Ago
7	Feb	14	15	16	17	18	19	20	Feb	33	Ago	15	16	17	18	19	20	21	Ago
8	Feb	21	22	23	24	25	26	27	Feb	34	Ago	22	23	24	25	26	27	28	Ago
9	Feb	28	1	2	3	4	5	6	Mar	35	Ago	29	30	31	1	2	3	4	Sep
10	Mar	7	8	9	10	11	12	13	Mar	36	Sep	5	6	7	8	9	10	11	Sep
11	Mar	14	15	16	17	18	19	20	Mar	37	Sep	12	13	14	15	16	17	18	Sep
12	Mar	21	22	23	24	25	26	27	Mar	38	Sep	19	20	21	22	23	24	25	Sep
13	Mar	28	29	30	31	1	2	3	Abr	39	Sep	26	27	28	29	30	1	2	Oct
14	Abr	4	5	6	7	8	9	10	Abr	40	Oct	3	4	5	6	7	8	8	Oct
15	Abr	11	12	13	14	15	16	17	Abr	41	Oct	10	11	12	13	14	15	16	Oct
16	Abr	18	19	20	21	22	23	24	Abr	42	Oct	17	18	19	20	21	22	23	Oct
17	Abr	25	26	27	28	29	30	1	May	43	Oct	24	25	26	27	28	29	30	Oct
18	May	2	3	4	5	6	7	8	May	44	Oct	31	1	2	3	4	5	6	Nov
19	May	9	10	11	12	13	14	15	May	45	Nov	7	8	9	10	11	12	13	Nov
20	May	16	17	18	19	20	21	22	May	46	Nov	14	15	16	17	18	19	20	Nov
21	May	23	24	25	26	27	28	29	May	47	Nov	21	22	23	24	25	26	27	Nov
22	May	30	31	1	2	3	4	5	Jun	48	Nov	28	29	30	1	2	3	4	Dic
23	Jun	6	7	8	9	10	11	12	Jun	49	Dic	5	6	7	8	9	10	11	Dic
24	Jun	13	14	15	16	17	18	19	Jun	50	Dic	12	13	14	15	16	17	18	Dic
25	Jun	20	21	22	23	24	25	26	Jun	51	Dic	19	20	21	22	23	24	25	Dic
26	Jun	27	28	29	30	1	2	3	Jul	52	Dic	26	27	28	29	30	31	1	Ene

Fuente: <http://www.col.ops-oms.org/sivigila/anioepidemiologicodef.asp>

REPORTE SEMANAL ENVIADO POR LA UGCC CENTRAL A LOS HOSPITALES

Derivaciones Activas Privadas						
RUT pacientes	Paciente	Tipo Destino	Destino	Tipo cama	F. derivación	Estada
23.333.427-8	CRISTIAN BARRERA SANCHEZ	PRIVADO	Clínica Las Condes	UCI	21-07-2010	1 Día
13.907.979-5	VIVIANA GUTIERREZ MUÑOZ	PRIVADO	Clínica Las Condes	UTI	21-07-2010	1 Día
2.288.882-K	FRANCISCO ALVAREZ ALVAREZ	PRIVADO	Clínica Colonial	UTI	20-07-2010	2 Días
12375709-2	MARIA TERESA REYES REYES	PRIVADO	Clínica INDISA	UTI	20-07-2010	2 Días
4.321.982-0	ADRIANA FUENTES ESPINOZA	PRIVADO	Clínica Colonial	UTI	20-07-2010	2 Días
22.536.593 -8	GERMAN HERRERA MARIQUEO	PRIVADO	Clínica Dávila	UCI	20-07-2010	2 Días
23.310.384-5	MATIAS OLIVA RIVERA	PRIVADO	Hospital Clínico UC	UCI	18-07-2010	4 Días
23.347.8380 - 5	NICOLAS GUERRERO VALENZUELA	PRIVADO	Hospital Militar	UCI	17-07-2010	5 Días
23.255.979-9	JULIO ALLENDE BASTIAS	PRIVADO	Clínica Isamédica	UCI	17-07-2010	Cerrar
22.942.075 - 5	CHARLES NAVARRO GONZALEZ	PRIVADO	Clínica Dávila	UCI	15-07-2010	7 Días
22.728.893-0	AGUSTINA MORALES ROBLEDO	PRIVADO	Clínica Tabancura	UTI	14-07-2010	8 Días
23.293.243 - 0	ESTEBAN QUIROZ REYES	PRIVADO	Hospital Militar	BASICA	11-07-2010	Cerrar
23.053.017-3	Vicente Bastias Bastias	PRIVADO	Clínica Isamédica	UCI	10-07-2010	Cerrar
21.646.283-1	YESENIA CONTRERAS MORALES	PRIVADO	FUSAT	UTI	08-07-2010	Cerrar
23.072.731-1	CLARA SALAMANCA UGARTE	PRIVADO	H. Clínico Uchile JJAguirre	UCI	06-07-2010	16 Días
19.558.581-4	ALEXANDER RAMIREZ VASQUEZ	PRIVADO	H. Clínico Uchile JJAguirre	BASICA	06-07-2010	16 Días
23.348.967-0	SEBASTIAN DURAN	PRIVADO	Clínica INDISA	UCI	04-07-2010	18 Días
23.080.489 - 3	ANTONIA MELI BECERRA	PRIVADO	Clínica Alemana	UTI	03-07-2010	Cerrar
23.315.354-0	VINCENT COLICHEO ALVEAR	PRIVADO	Clínica Dávila	UTI	29-06-2010	Cerrar
7.478.111-K	JUANA PEÑA ARDILES	PRIVADO	Clínica Colonial	UTI	29-06-2010	23 Días
22.988.801 - 9	CONSTANZA SALINAS ARAVENA	PRIVADO	Clínica Dávila	UCI	25-06-2010	Cerrar
23.330.792-0	EMILIANO BERRIOS CASANOVA	PRIVADO	Hospital del Profesor	UTI	18-06-2010	34 Días
22.730.749-8	BENJAMÍN SÁNCHEZ GUTIERREZ	PRIVADO	Clínica Dávila	UTI	17-06-2010	Cerrar
21.190.625-1	IVAN IBARRA ACEVEDO	PRIVADO	Clínica Dávila	UTI	15-06-2010	Cerrar
23.143.005-9	MANUEL MUÑOZ MONTES	PRIVADO	Clínica Dávila	UTI	02-06-2010	Cerrar
22.334.962 - 5	JORGE CABEZAS	PRIVADO	Hospital Militar	BASICA	04-05-2010	Cerrar

Fuente: Reportes UGCC.

INDICADORES ELIMINADOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

INDICADORES UGCC CENTRAL	
NOMBRE INDICADOR	% SUPERVISIONES REALIZADAS A LAS DERIVACIONES A PRESTADORES PRIVADOS
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Mejorar gestión y eficiencia de la red asistencial Mejorar arraigo de prácticas
FÓRMULA INDICADOR	(Nº de Supervisiones realizadas a las derivaciones a privados/ Nº de Supervisiones Programadas) * 100
	(Sr / Sp) * 100
	S_r Supervisiones Realizadas S_p Supervisiones Programadas
OBJETIVO	Controlar proceso de derivaciones al Sector Privado. Al mismo tiempo, facilitar la comunicación de los Prestadores Privados tanto con la UGCC Central como con los Prestadores Públicos.
PRÁCTICA QUE INDUCE	Induce en la UGCC Central la supervisión estructurada de las derivaciones. Al mismo tiempo, establece una continuidad en la comunicación con el Sector Privado.
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual

INDICADORES UGCC REGIONAL	
NOMBRE INDICADOR	CASOS NO REGISTRADOS
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Mejorar cumplimiento, oportunidad y veracidad en la línea de información Mejorar arraigo de prácticas
FÓRMULA INDICADOR	(Nº de casos no registrados/ Nº de casos consolidados) * 100
	(C_{nr} / C_c) * 100
	C_{nr} Nº de casos no registrados en plataforma informática C_c Nº de casos consolidados
OBJETIVO	Se busca contar con información completa y confiable de todos los casos. Por otro lado, se persigue también lograr el arraigo de prácticas, en este caso generar que en regiones se cumpla con el registro de casos.
PRÁCTICA QUE INDUCE	El indicador persigue el cumplimiento del llenado de formularios requeridos en cada proceso de derivación. Dado que estas regiones que funcionan con UGCC regionales no cuentan con un <i>call center</i> como lo es Salud Responde para las regiones RM, VI y VII, se busca inducir la práctica de registro que en estos casos recae en enfermeros del SAMU.
MEDIO DE VERIFICACIÓN	Información se obtiene a partir de la conciliación de derivaciones. Esta se realiza contrastando la información de la plataforma informática y la información de derivaciones enviada por cada Hospital.
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual

INDICADORES SALUD RESPONDE	
NOMBRE INDICADOR	% CASOS CON ERROR
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Minimizar errores en el uso del Sistema Informático
	Mejorar cumplimiento, oportunidad y veracidad en la línea de información
FÓRMULA INDICADOR	(Nº de casos con error detectados/ Nº de casos abiertos) * 100
	$(C_e / C_a) * 100$
	C_e Nº de casos con error detectados en el período
	C_a Nº de casos abiertos durante el período
OBJETIVO	Se busca contar con información completa y confiable de todos los casos.
PRÁCTICA QUE INDUCE	El indicador persigue el cumplimiento estricto del llenado de formularios requeridos en cada proceso de derivación por parte de los enfermeros de Salud Responde.
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual