



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN PARA LA DIRECCIÓN DE
SALUD DE SAN BERNARDO**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

NICOLÁS LORCA PAVEZ

**PROFESOR GUÍA:
LUIS ZAVIEZO SCHWARTZMAN**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
JOSÉ INOSTROZA LARA
JUANITA GANA QUIROZ**

**SANTIAGO DE CHILE
OCTUBRE 2011**

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL
POR : NICOLÁS LORCA PAVEZ
FECHA : 17/10/2011
PROF. GUÍA: LUIS ZAVIEZO SCHWARTZMAN

DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN PARA LA DIRECCIÓN DE SALUD DE SAN BERNARDO

La presente memoria tuvo como objetivo el diseño de un sistema de control de gestión para la Dirección de Salud de San Bernardo, entidad encargada por la I. Municipalidad de la comuna de administrar los establecimientos del nivel primario de atención en salud pública.

La Dirección de Salud no cuenta con una instancia de evaluación de su gestión a nivel general, más bien con instancias individuales y parceladas, que impiden tener una visión acerca del cumplimiento de las declaraciones estratégicas de la organización, conociendo sólo sobre los logros a nivel de programas individuales. Asociado a esto existe un incentivo a ocuparse sólo del quehacer de cada departamento, ahondando en la insularidad en desmedro de la integración y formación de capital organizacional.

Para abordar este problema se desarrolló un sistema de control de gestión bajo la forma de un Cuadro de Mando Integral, el cual fue construido en base a la propuesta inicial de esta memoria a la que se integraron también las sugerencias, críticas y revisión de la propia Dirección de Salud, con el objeto de que la herramienta ganara en validez y representatividad.

El resultado de la memoria fue un sistema de control de gestión compuesto de dos grandes herramientas: en primer lugar un mapa estratégico donde se ubicó como la perspectiva más importante a la Comunidad, representada tanto por los usuarios, el Municipio de San Bernardo y el Ministerio de Salud. En segundo lugar se construyó un Cuadro de Mando Integral que contempla la desagregación de los resultados deseados y la estrategia plasmada en el mapa hacia 11 objetivos específicos y 21 indicadores, cada uno con las metas consensuadas con la Dirección y las actividades que se consideraron relevantes para lograr dichas metas.

Finalmente se sugiere un fuerte trabajo de alineación organizacional y de difusión de las declaraciones de misión y visión con todo el equipo de trabajo de la Administración Central de la Dirección de Salud, pues finalmente es el equipo humano quien ha de ejecutar todas las iniciativas de cambio y estrategias propuestas por esta memoria.

AGRADECIMIENTOS

A mi abuelo Raúl, que desde el cielo estoy seguro debe sentirse orgulloso de cada una de las metas que alcanzamos sus nietos y a mi abuela Graciela quien junto a nosotros comparte dicho orgullo y alegría.

A mis padres, Gloria y Manuel, por formarme como la persona que soy.

A mis hermanas, Fabiana y Monserrat, por su cariño y apoyo durante todo este camino.

A Verónica, por su amor, dedicación y paciencia, especialmente durante el final de mis estudios universitarios.

A mi querido Instituto Nacional, en especial a sus grandes maestros como Orlando Ceballos, quienes sembraron en mí el espíritu de superación y las ansias por contribuir a la sociedad con un trabajo de excelencia.

A la Dirección de Salud de San Bernardo, por permitirme realizar este trabajo y por toda la ayuda brindada a lo largo de él.

A la Universidad de Chile, por permitirme crecer y formarme como profesional, no para mi propio bienestar y el de los míos, sino para todo un país que en ella deposita sus esperanzas de bienestar y desarrollo integral.

Y a Dios, porque sin él sencillamente todo esto no sería posible.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	ANTECEDENTES GENERALES.....	3
2.1	La Salud en Chile	3
2.1.1	Ministerio de Salud.....	4
2.1.2	Redes de Salud	5
2.1.3	Atención Primaria de Salud	6
2.1.4	Modelos de Atención.....	6
2.2	Comuna de San Bernardo	7
2.3	Situación de Salud	8
3.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y JUSTIFICACIÓN	11
4.	OBJETIVOS.....	12
4.1	Objetivo General.....	12
4.2	Objetivos Específicos	12
5.	RESULTADOS ESPERADOS Y ALCANCES	12
5.1	Alcances	12
5.2	Resultados esperados	13
6.	MARCO TEÓRICO	13
6.1	Control de Gestión	13
6.1.1	Definiciones	13
6.1.2	Modelos de Control de Gestión	15
6.2	Cuadro de Mando Integral	16
6.2.1	Versiones del CMI.....	16
6.2.2	Mapas Estratégicos	18
7.	METODOLOGÍA	19
8.	SITUACIÓN ACTUAL.....	21
8.1	Corporación Municipal de Educación y Salud.....	21
8.2	Dirección de Salud	21
8.2.1	Marco Legal.....	23
8.2.2	Financiamiento	25
8.2.3	Situación Patrimonial	28
8.3	Definiciones Estratégicas.....	29
8.3.1	Misión y Visión.....	29
8.3.2	Lineamientos Estratégicos	31

8.3.3	Objetivos Estratégicos	32
8.4	Control existente	33
8.4.1	Gestión Clínica.....	34
8.4.2	Red Asistencia y Gestión Interna	36
8.5	Diagnóstico.....	38
9.	REFORMULACIONES.....	43
9.1	Objetivos.....	43
9.2	Lineamientos Estratégicos.....	45
10.	MAPA ESTRATÉGICO	46
11.	CUADRO DE MANDO INTEGRAL	59
11.1	Objetivos.....	59
11.1.1	Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento	59
11.1.2	Perspectiva Financiera	61
11.1.3	Perspectiva de Procesos Internos	61
11.1.4	Perspectiva de la Comunidad.....	62
11.2	Indicadores asociados, Metas y Actividades	63
11.2.1	Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento	64
11.2.2	Perspectiva Financiera	69
11.2.3	Perspectiva de Procesos Internos	73
11.2.4	Perspectiva de la Comunidad.....	78
12.	CONCLUSIONES.....	83
13.	BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	86
14.	ANEXOS	88
	Anexo A: Organigrama Dirección de Salud de San Bernardo	88
	Anexo B: Mapa de San Bernardo y Establecimientos de APS.....	89
	Anexo C: Encuesta DNC actual	90
	Anexo D: Encuesta DNC alternativa.....	91
	Anexo E: Dimensiones de Satisfacción ISU	94
	Anexo F: Resultados Parciales ISU.....	95
	Anexo G: Resultados ISU por Tipo de Establecimiento	96

1. INTRODUCCIÓN

La entrega de bienes públicos y servicios ha sido permanentemente considerada como compleja debido a la multiplicidad de actores involucrados, al cuidado que debe emplearse, como también por el impacto que se genera con ellos. Es por esto que el modo en que sean entregados resulta fundamental y es donde el control de gestión cobra relevancia a la hora de asesorar el funcionamiento y la administración de dichos servicios.

Es digno de mencionar que para el caso de la salud pública lo anterior es efectivo y relevante. La entrega de servicios de salud pública a la población usuaria está rodeada, al igual que toda prestación pública, por múltiples factores que complejizan y limitan su alcance (presupuestos rígidos, controles múltiples, etc.). Por ello, el desarrollo de herramientas que permitan mejorar la gestión de dichos servicios, de su administración y entrega hacia la población usuaria cobra importancia, en un entorno donde la capacidad del Estado para hacerse responsable de estas funciones, la continua y creciente demanda de los usuarios por mayor transparencia y la inexistencia o escasa difusión de acciones en pos de mejorar su gestión completan un cuadro desafiante y que requiere de urgencia en sus soluciones.

En este contexto se desenvuelve la Dirección de Salud de San Bernardo (en adelante la “Dirección”), división de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo encargada de la administración de la Atención Primaria de Salud (en adelante “APS”), debiendo atender a una población que supera las 200.000 personas, siendo la cuarta comuna a nivel nacional en cuanto a población usuaria¹. La capacidad de gestión que tenga la Dirección se convierte en un factor relevante pues las acciones que ella ejerza tienen un impacto considerable y todo lo que vaya en beneficio de la gestión que ella haga repercutirá en un amplio número de personas.

Existen estudios que muestran cómo la administración de los servicios públicos de salud puede ser mejorada a través de la implementación de diversas herramientas. Lo anterior recorre distintos niveles, desde departamentos específicos dentro de un hospital regional (Servicio de Pediatría en Hospital de Rancagua)² hasta la administración central de un hospital (Hospital San José en Santiago)³.

En el primer caso Leiva y Flamm analizan la implementación de un Cuadro de Mando Integral (en adelante “CMI”) para el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua, describiendo la aplicabilidad al servicio público, más aún a los servicios

¹ Encuesta CASEN 2006, Ministerio de Planificación.

² Leiva, Flamm. Cuadro de Mando Integral del servicio de pediatría del Hospital Regional Rancagua.

³ <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/bscchilesalud/inicio.html>

de salud, de dicha herramienta. En particular, señalan que luego de 4 años de implementación dicha herramienta mejoró la gestión del servicio que la empleó, como también mencionan acciones tendientes a la medición y control de gastos relevantes para dicho servicio, elaboración de planes de capacitación e instancias de evaluación conjunta, pero sobretodo la reducción de tiempos de estadía (de 6,3 a 3,9 días en promedio) y la mejora en la evaluación del servicio, calificado por sus pacientes con nota 6,6.

Lo anterior evidencia la utilidad y pertinencia de esta herramienta en organizaciones como la presente, en particular si es que se utiliza una mirada sistémica que incluya y agregue los resultados parciales vistos, explicitando el hecho de que la gestión comprende factores básicos como la formación de los trabajadores (visible en este caso en la detección de que su capacitación y formación es un factor clave), la mejora en los procesos de atención (reducción de los tiempos de estadía) como también en el seguimiento del aspecto financiero (medición de los costos de farmacia) y finalmente en la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios (mejora en la percepción del servicio entregado), notando que todo ello está interrelacionado y no son mediciones aisladas: el mejoramiento de los procesos de atención producirá un impacto positivo sobre la percepción que los usuarios tengan del servicio que se les presta, todo basado en que los trabajadores tienen las competencias necesarias y suficientes para entregar dichos servicios.

En el segundo caso, Bugueño realiza una comparación entre las aplicaciones de un CMI a los servicios de salud de Canadá, Estados Unidos y Chile, destacando los resultados obtenidos en el caso chileno (Hospital San José, Santiago) en que se logró una importante disminución en los gastos (\$580 millones, no obstante no menciona el plazo de la disminución, subentendiéndose por el contexto del trabajo que éste corresponde a 1 año), se mantuvo la calidad de las prestaciones y una mejora en la percepción que tienen sus usuarios patente en la disminución de reclamos recibidos, estando nuevamente presente la “construcción” progresiva de un mejor servicio basado en la mantención de la calidad y mejoramiento de la percepción.

En los dos casos presentados se observaron mejoras en los indicadores de desempeño y positivas perspectivas, tales como la identificación de que la gestión y su mejoramiento dependen de múltiples variables y no es sólo resultado de un “pensamiento desde arriba” desconectado de la realidad y funcionamiento cotidiano de las organizaciones. Ello da a entender que la aplicación de herramientas de gestión como el CMI generan impacto sobre las organizaciones que lo implementan, no obstante existen riesgos: la natural resistencia al cambio presente en toda clase de organizaciones (ya sean públicas o privadas, con o sin fines de lucro), las trabas burocráticas propias de las instituciones públicas sometidas a controles del propio Estado y por último la poca vinculación de las personas en dichos cambios, ya que toda

iniciativa que adolezca de involucramiento, a lo menos de quienes dirigen la organización, sufre riesgo de fracaso importante.

Todo lo anterior apoya la idea de realizar un proyecto que introduzca una herramienta de control de gestión en la Dirección de Salud de San Bernardo, ya que actualmente no se realiza un control que incluya una visión estratégica, más bien se hace un control táctico-operativo a nivel de programas particulares, no a nivel general, lo que repercute en que resultados parcialmente satisfactorios pueden convivir con otros parcialmente pobres, lo que dificulta la elaboración de estrategias para revertir lo malo y mantener lo bueno, provocando mayores trabas a la gestión y por consiguiente la posibilidad de producir una atención deficiente a la población usuaria de la atención primaria en salud de San Bernardo. Con esta herramienta de control estratégico la mencionada dualidad de resultados debiera disiparse dado que éstos ahora formarán parte de un resultado general, el que dará a entender la efectividad o no de su gestión.

2. ANTECEDENTES GENERALES

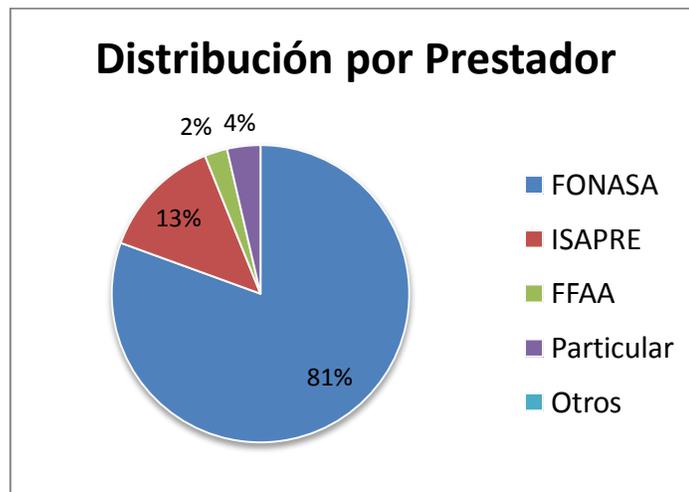
2.1 La Salud en Chile⁴

La salud es parte importante de la vida cotidiana de las personas, por lo que su prestación y calidad son factores relevantes en cualquier sociedad. En ese aspecto la sociedad chilena no es la excepción y presenta por tanto una amplia historia de desarrollo. En un comienzo ésta se caracterizó por el predominio del Estado y la planificación central de las acciones en salud, desde la creación en 1924 de un organismo de gobierno formal dedicado a la salud: el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que vino a reorganizar y sistematizar la administración de la salud existente hasta entonces, caracterizada por instituciones de beneficencia normalmente diseminadas. Fue a partir de las reformas impulsadas por el Gobierno Militar que el sector privado cobró real importancia, no obstante al día de hoy la mayor cantidad de la población chilena utiliza el sistema público de salud (FONASA), visible en el siguiente gráfico:

⁴ Adaptación libre desde

<http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>

Gráfico 1: Distribución de la población según prestador de Salud



Fuente: Encuesta Casen 2009, Mideplan.

A pesar de que el sector público no es el proveedor de la totalidad de la población, su accionar sí recae sobre toda ella pues a través del Ministerio de Salud regula y dicta los lineamientos estratégicos en salud para Chile. Además cuenta con organismos como la Superintendencia de Salud que resguardan, independiente del prestador, que los servicios cumplan con la normativa respectiva.

2.1.1 Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud (en adelante MINSAL) es el ente rector de las políticas públicas de salud en Chile, por lo que tiene a su cargo múltiples funciones, dentro de las cuales se encuentra la de “Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas”⁵. Son justamente dichos lineamientos estratégicos los que dicen qué se debe hacer en cuanto a los objetivos macro que deben ser alcanzados por las instituciones de APS.

En particular el MINSAL encarga la administración de la APS a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que tiene entre sus objetivos estratégicos el de “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”⁶.

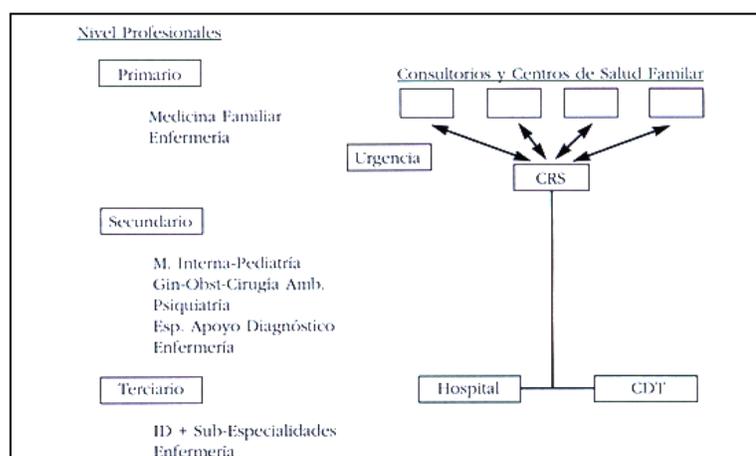
⁵http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_funciones_objetivos/presentacion_funciones_objetivos.html

⁶http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/presentacion_subs_redes_asist.html

2.1.2 Redes de Salud

La organización de la atención en salud se hace según redes de atención, que dividen los esfuerzos en salud de acuerdo a la capacidad resolutoria, cercanía a la población y un acceso igualitario a ellas. Lo anterior se estructura en base a 3 redes, expuestas a continuación:

Figura 1: Organización de Redes de salud



Fuente: Valdivieso, Vicente (2000). Revista Médica de Chile.⁷

1. El nivel primario de atención está constituido por los Centros de Salud (CES, antiguos Consultorios), Centros de Salud Familiar (CESFAM) y los servicios de Urgencia (SAPU) que ellos tienen. Se accede a éste de manera directa, sin intermediarios. Dado que son servicios de baja complejidad y baja resolutoria, se evalúa si es que el usuario puede ser atendido, siendo derivado hacia los niveles superiores de atención en caso de no poder ser atendido a este nivel.

Administrativamente dependen de los municipios, quienes determinan si dicha administración se encarga a un Departamento de Salud o a una Corporación Municipal.

2. En el segundo nivel se encuentran los Centros de Referencia en Salud (CRS) y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), dependientes administrativamente del Servicio de Salud respectivo a su ubicación geográfica. Son establecimientos con mayor grado de especialización y a los cuales se llega por derivación del nivel primario. Como tal presentan mayor resolutoria, la cual en caso de no ser suficiente para la atención provoca una derivación al tercer nivel.

⁷ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-9887200001000013&script=sci_arttext

3. En el tercer nivel se encuentran los Hospitales, establecimientos de mayor complejidad y mayor resolutiveidad. A éstos se llega por derivación de los 2 niveles precedentes y usualmente presentan toda la gama posible de prestaciones médicas. Al igual que el nivel secundario, dependen del Servicio de Salud respectivo.

2.1.3 Atención Primaria de Salud

Como se mencionó anteriormente, el nivel primario de atención o APS es la “puerta de entrada” al sistema público de salud y como tal debe tener una gran cobertura que permita fácil acceso a la población.

Desde la creación en 1924 del Ministerio del ramo, la APS fue administrada por el nivel central, hasta que en el año 1981 comenzó la transformación que dictaminó que la administración de la APS debería recaer sobre el nivel local, debiendo las municipalidades asumir su administración.

El año 1997 se transformó en una fecha relevante para la APS debido a que el MINSAL decidió poner en marcha la transformación en la manera como efectuaría su labor, asumiendo un nuevo modelo de atención: el modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario, debiendo nuevamente los municipios hacer esfuerzos por adaptar sus Centros de Salud a la nueva forma de atender a la población.

2.1.4 Modelos de Atención

La manera en que los equipos médicos enfrentan los desafíos que la situación de salud local impone son denominados “modelos” de salud. Tradicionalmente a nivel mundial y en particular en Chile ha predominado un modelo denominado biomédico, en el cual la preocupación primordial de los equipos médicos ha sido la curación de enfermedades, basado en un fuerte desarrollo hospitalario.

El año 1997 el Ministerio de Salud comenzó a sentar las bases para el establecimiento del Modelo de Salud Familiar⁸, que se apoya en las comunidades y las familias que las componen y que buscaba responder de mejor manera a las demandas que la comunidad presentaba debido al cambio epidemiológico (las enfermedades infecciosas paulatinamente fueron perdiendo importancia en la carga de enfermedades que la población chilena sufre) y demográfico (el envejecimiento de la población).

⁸ Basado en

http://ssmetropolitanosur.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/ss_metropolitano_sur/g_como_me_atiando/como_me_atiando_consultorios.html

El nuevo modelo de atención en salud busca, entre otras cosas, centrar la atención de salud en las comunidades y familias, prestando un servicio de salud integral de parte de un equipo de salud comprometido y que atiende al grupo familiar de forma continua. Este modelo también exhibe como características relevantes el trabajo de prevención y promoción en salud, de modo de enfocarse en evitar los problemas y educar en salud a la comunidad. Por otro lado este enfoque también busca fortalecer las redes asistenciales, de modo que se establezcan niveles de atención bien definidos, donde la APS sea la puerta de entrada a la red de salud y que sea capaz de solucionar una cantidad mayor de problemas de salud, aumentando su capacidad resolutive y cooperando con los hospitales en su descongestión y acercando la salud a las comunidades y familias.

La encargada de fomentar este modelo de salud es la Subsecretaría de Redes Asistenciales, quien a través de los Servicios de Salud comunica a las administraciones municipales los lineamientos que en este aspecto defina. Es así como uno de los objetivos estratégicos que la Subsecretaría se define es “Mejorar la Gestión en Atención Primaria, para lograr mayor resolutive y integralidad a través del modelo de Salud Familiar y comunitaria como eje del sistema de salud”⁹. A través de definiciones como ésta es que el nivel central comunica a los Servicios de Salud y por consiguiente a las administraciones municipales qué es lo que busca para la gestión en salud.

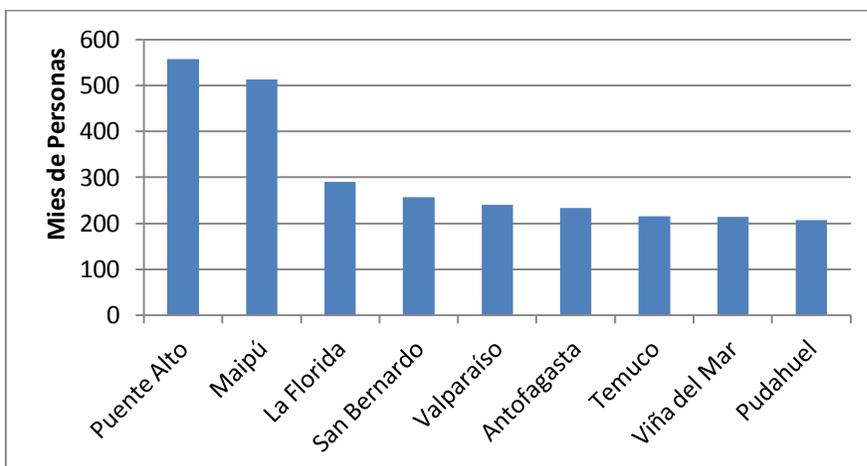
2.2 Comuna de San Bernardo

San Bernardo es una comuna de la Región Metropolitana, ubicada en el sector sur de Santiago compuesta por una población, al año 2010, de alrededor de 300.000 habitantes según una estimación del INE basada en el Censo del año 2002.

De la población total de San Bernardo el 70% (es decir, unos 210.000 habitantes) es usuario del sistema público de salud. Lo anterior se refleja en que la comuna es la 4^{ta} a nivel nacional en cuanto a población usuaria, siendo solo superada por Puente Alto, Maipú y La Florida según una proyección del INE basado en el censo del año 2002. En el siguiente gráfico se puede observar lo anterior, donde se listan las comunas con población usuaria mayor a 200 mil personas.

⁹ http://www.dipres.cl/574/articles-60962_doc_doc_pdf.pdf

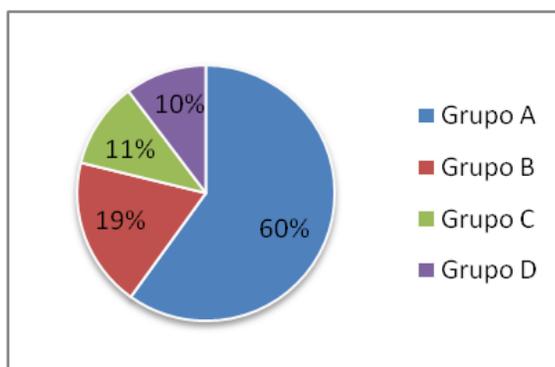
Gráfico 2: Comunas con población usuaria mayor a 200 mil personas



Fuente: Encuesta Casen 2009, Mideplan.

Del total de la población usuaria afiliada al sistema público de salud en San Bernardo, el 60% pertenece al grupo A de FONASA, que agrupa a quienes están liberados del pago por dichos servicios (conocido anteriormente como fondo “indigente”), lo que impacta directamente en los ingresos que tenga la Dirección de Salud. La composición por grupo se puede ver en el siguiente gráfico:

Gráfico 3: Distribución por grupos beneficiarios en San Bernardo



Fuente: Plan Comunal de Salud 2010 San Bernardo.

2.3 Situación de Salud

En base a ciertos indicadores de salud definidos se puede establecer la situación de salud de un país, región, comuna o de alguna localidad definida. En este caso se presentarán algunos indicadores específicos que mostrarán qué tan bien se comporta San Bernardo respecto a una serie de comunas de la Región Metropolitana que presentan niveles similares de ingreso por hogar, según los datos obtenidos de la Encuesta CASEN 2006 del Mideplan (se realizó un filtro respecto a las comunas que

tuvieran un ingreso por hogar en una vecindad de \$30.000 respecto al ingreso promedio por hogar de San Bernardo). Dichas comunas se pueden ver en la siguiente tabla:

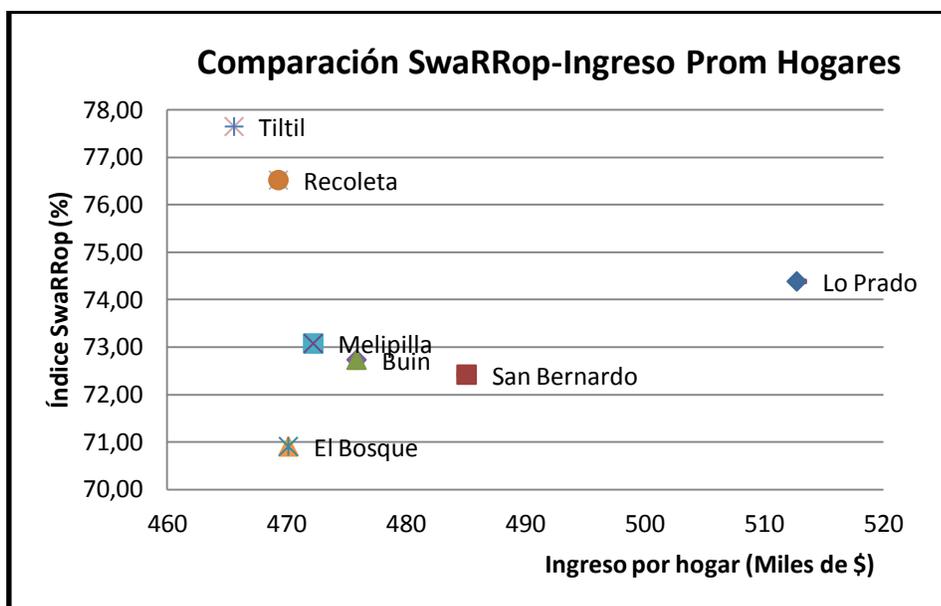
Tabla 1: Comunas con ingresos por hogar similares al de San Bernardo

Comunas Comparables RM	Ingreso Prom. Hogares	Dif. con San Bernardo
Lo Prado	\$ 512.741	\$ 27.676
San Bernardo	\$ 485.065	\$ -
Buín	\$ 475.844	-\$ 9.221
Melipilla	\$ 472.212	-\$ 12.853
El Bosque	\$ 470.128	-\$ 14.937
Recoleta	\$ 469.294	-\$ 15.771
Tiltil	\$ 465.580	-\$ 19.485

Fuente: Encuesta Casen 2006, Mideplan.

El primer indicador presentado es el Índice de SwaRRop¹⁰, que mide qué porcentaje del total de muertes producidas en un lugar y período de tiempo definido corresponden a muertes en personas mayores a 60 años. Con ello, se intentan medir las muertes prematuras de la población. La comparación se hace respecto al nivel promedio de ingresos por hogar de cada comuna, de modo de poder establecer ciertas comparaciones acordes a dicho nivel de ingresos.

Gráfico 4: Índice de SwaRRop año 2008 v/s Ingreso Promedio Hogares



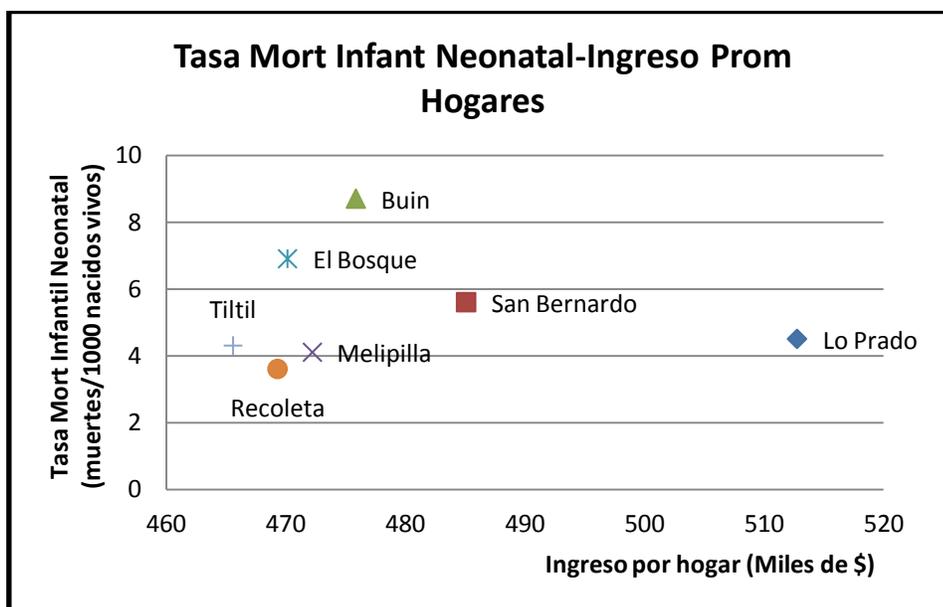
Fuente: Departamento de Estadísticas e Indicadores de Salud (DEIS), MINSAL; Encuesta Casen 2006, Mideplan.

¹⁰Notación utilizada para diferenciarlo del índice Swaroop, similar pero de diferente metodología de medición.

Del gráfico anterior se puede ver que San Bernardo, al ser comparado con comunas cuyo índice SwaRRop es similar (Melipilla y Buin) presenta mayores niveles de ingreso promedio, lo que refleja que las anteriores comunas, con menores ingresos, logran los mismos resultados que San Bernardo. Por otro lado, hay comunas como Recoleta y Tilttil que, aún con menores ingresos promedio, logran un mejor índice SwaRRop que San Bernardo, mostrando una posible deficiencia en la gestión y entrega de cuidados en salud (*ceteris paribus*).

A continuación se presenta un indicador de mortalidad infantil, más precisamente de mortalidad infantil neonatal, el cual mide cuántas muertes de niños menores a 28 días se producen por cada 1000 nacidos vivos, en un lugar y período de tiempo definidos. Nuevamente, se contrasta con niveles promedios de ingresos por hogar.

Gráfico 5: Mortalidad Infantil Neonatal año 2008



Fuente: DEIS, MINSAL y Encuesta Casen 2006, Mideplan.

Del gráfico anterior se puede extraer que San Bernardo, a pesar de exhibir un ingreso promedio mayor a comunas como Recoleta, Melipilla y Tilttil, presenta una tasa de mortalidad infantil neonatal mayor que ellas, dando a entender que existen posibles deficiencias en la entrega de los servicios y cuidados maternos a las pacientes y sus hijos que así lo requieran, como también a la existencia de grupos vulnerables que “desvíen” el promedio, dificultando la gestión de la Dirección de Salud, nuevamente asumiendo *ceteris paribus*.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y JUSTIFICACIÓN

Actualmente en la Dirección de Salud se realiza un control “parcelado” pues se evalúan anualmente los diversos programas administrados por ella, no existiendo un control de gestión que abarque a toda la organización, sus prácticas y sus procesos, ya sea éste de tipo estratégico (seguimiento a objetivos) o del tipo más “tradicional” contable-financiero, por lo que existe un riesgo de que, ante prácticas que no conduzcan al cumplimiento de los objetivos básicos e implícitos que puedan existir (en función de qué se dice que la Dirección haya “tenido éxito” o no) no se detecte a tiempo y haya situaciones en que fallas en la gestión desemboquen en grandes fracasos.

También se ha verificado que existen prácticas que reflejan que cada área trabaja para sí misma, lo que puede impactar negativamente en la gestión que ella realice a cabo, pues a la hora de necesitar cooperación entre diversas áreas de ella, los incentivos de cada una prevalecerán por sobre las necesidades de colaboración mutua, adoleciendo la Dirección de un *leit motiv* que la guíe en sus esfuerzos y bajo el cual se sienta estimulada en sus esfuerzos diarios.

Lo anterior se respalda en el hecho que, si bien existen una misión y visión definidas, son más bien letra muerta, pues no ha sido definida de común acuerdo y tampoco identifica a los funcionarios, quienes muchas veces no están conscientes de su misma existencia, al punto que la misma Directora de Salud ha comentado que la desconoce y que no fue instruida respecto a su existencia al momento de asumir sus funciones. En estas circunstancias es difícil realizar programaciones estratégicas que involucren y necesiten del esfuerzo de toda la Dirección pues es esencial “permear” a sus funcionarios de una orientación definida y un objetivo claro hacia adelante para que dichos esfuerzos tengan sentido y estén orientados a alcanzar las metas planteadas.

Para atacar los problemas anteriores es que se trabajó en diseñar una herramienta de control de gestión en la forma de un Cuadro de Mando Integral que permitiera realizar un seguimiento al grado de cumplimiento de las metas establecidas por la Dirección. De este modo se pretende verificar el logro de los objetivos asociados a las metas definidas previamente y, por consiguiente, permitir a la Dirección detectar las posibles desviaciones que puedan ocurrir. De este modo se podrá realizar un seguimiento a la estrategia y los lineamientos que conducen a la Dirección y, por consiguiente, verificar la consonancia que tengan dichas declaraciones con las actividades desarrolladas.

Para lo anterior se trabajó en un primer momento en estudiar la organización, definir quiénes son sus clientes o beneficiarios, qué labores debe cumplir, su entorno y las relaciones de jerarquía y/o dependencia, tanto del nivel local como del nivel central.

Posteriormente, se realizó un diagnóstico para identificar los problemas fundamentales a atacar, dando paso a la definición de objetivos estratégicos, estrategias asociadas e indicadores de cumplimiento, con sus respectivas metas y responsables en el caso que ello amerite.

Se espera que la herramienta diseñada sirva para que la Dirección sea capaz de rastrear y monitorear su funcionamiento en pos de los objetivos que ella misma se defina, de modo de poder confirmar las buenas prácticas o de corregir aquellas que le desvíen de su foco, facilitando la toma de decisiones y apoyando la gestión.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

“Diseñar una herramienta de control de gestión estratégico que apoye el seguimiento y logro de los objetivos de largo plazo de la Dirección de Salud de San Bernardo”.

4.2 Objetivos Específicos

- Declarar nuevos objetivos estratégicos institucionales dirigidos a alcanzar la misión y visión definidas previamente.
- Definir estrategias para la consecución de los objetivos.
- Construir un mapa estratégico que grafique las relaciones causales y de precedencia entre los objetivos definidos previamente.

5. RESULTADOS ESPERADOS Y ALCANCES

5.1 Alcances

La presente memoria exhibe un diseño de una herramienta que permita a la Dirección de Salud contar con una planificación a largo plazo, definiendo estrategias que permitan llevarla a cabo, midiendo su cumplimiento, realizando seguimiento y teniendo control sobre ello. Con esta herramienta se espera que la Dirección pueda enfocar su gestión de manera integral, sin perder de vista en las acciones del día a día los objetivos que guían su accionar.

Es importante recalcar que en esta memoria se realizó un diseño, no una implementación de la herramienta. Esto repercute en el hecho de que todo lo que esta memoria incluye es una propuesta por lo que no considera en sus etapas un plan de implementación.

5.2 Resultados esperados

Debido a la naturaleza secuencial del trabajo, descrita anteriormente, existen una serie de objetivos específicos que se traducen en resultados esperados para la consecución del objetivo general. Ellos son:

- Concluir un diagnóstico de la situación actual de la Dirección de Salud. Es este diagnóstico el que permitirá realizar propuestas tendientes a la consecución de los objetivos de la Dirección.
- Obtener una nueva visión y misión de la organización, siendo los pilares del accionar futuro de la Dirección de Salud.
- Formalizar una pequeña serie de objetivos estratégicos por cada perspectiva del CMI. Se espera que estos objetivos “sectoriales” estén dirigidos a cumplir la misión y visión antes descrita, teniendo en cuenta que sean fáciles de entender y medir.
- Diseñar el mapa estratégico asociado al CMI, que muestre de manera gráfica las relaciones existentes entre los objetivos y clarifique la estrategia.
- Construir indicadores de gestión asociados a cada perspectiva y a cada objetivo identificado previamente. La necesidad de medir para controlar el cumplimiento de los objetivos, y por ende el éxito o fracaso de las estrategias empleadas, alimenta este resultado pues es fundamental asociar medidas a los objetivos.
- Asociar a cada indicador las metas de cumplimiento que permitan afirmar si las estrategias empleadas han sido exitosas o no.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Control de Gestión

6.1.1 Definiciones

Previo a hablar sobre el control de gestión es útil referirse a la definición de la administración, entendida muchas veces como sinónimo del término gestión, con tal de dar cierto orden y estructura a la discusión posterior del control, base de esta memoria.

Autores como Hitt, Black y Porter en el libro “Administración”¹¹ definen a esta actividad como “el proceso de estructurar y utilizar conjuntos de recursos orientados hacia el logro de metas, para llevar a cabo las tareas en un entorno organizacional”, de lo cual se desprende que la administración es considerada un proceso dirigido al logro de ciertos fines, en este caso identificado como “metas”. Es importante también el entorno que mencionan los autores pues define que dicho proceso de administración está inmerso en un contexto determinado, que ha de definir los recursos con que se cuenta, las prácticas comunes para ello, los límites legales, etc.

Otros autores como Idalberto Chiavenato en el libro “Introducción a la Teoría General de la Administración”¹² definen a la administración como “el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales”. De esta definición se desprende la importancia que tienen los “objetivos organizacionales” para el “proceso” que comprende la administración. En otras palabras, hay cierto propósito dentro de las labores que se ejecutan, todo dentro de un proceso adecuado a ello, similar a la anterior definición citada, pero no resaltando el contexto en que ello se realiza sino más bien el propósito del proceso en sí. Por otra parte, el autor menciona que también contempla una etapa de control, relevante para la futura discusión.

No obstante las palabras utilizadas, las definiciones anteriores rescatan el propósito de la administración como ciertos objetivos, fines o metas que deben realizarse bajo un determinado proceso conducente a ellos, variando de acuerdo a cada autor la forma en que ello es logrado, utilizando los recursos disponibles. La idea de que existe un “proceso” conlleva una definición de procedimientos, reglas a seguir, pero también un ámbito de medición de su desempeño y, por consiguiente, del posterior control, lo que implica la necesidad de desarrollar metodologías adecuadas a ello, de lo cual se encarga el control de gestión.

En cuanto al control de gestión en sí es relevante mencionar definiciones dadas por autores relevantes en esta área como lo son los académicos Robert Anthony y Vijay Govindarajan por una parte y Arnoldo Hax junto a Nicolás Majluf por otra.

En primer lugar, el profesor Arnoldo Hax menciona en su libro “Gestión de Empresa: con una visión estratégica”¹³ que un sistema de control de gestión es parte integral del sistema de gestión completo de una organización, al punto que dice “(el control de gestión) es un proceso estructurado, orientado cuantitativamente, basado en

¹¹ HITT M., BLACK S. y PORTER L. 2006. *Administración*. Novena Edición. Pearson Educación.

¹² CHIAVENATO, I. 2004. *Introducción a la Teoría General de la Administración*. Séptima Edición, McGraw-Hill Interamericana.

¹³ HAX, A. y MAJLUF, N. 1996. *Gestión de empresa: con una visión estratégica*. Cuarta edición. Santiago. Ediciones Dolmen. 519 p.

la definición de normas de desempeño para toda la firma y cada una de sus unidades, y en la comparación entre los resultados planeados y los reales obtenidos de las operaciones”.

Sin embargo, de la definición anterior no se desprende necesariamente un factor muy relevante a la hora de pensar en la gestión de servicios como la salud: las personas. Este factor sí se puede ver en la cita del profesor Robert Anthony quien define en su libro “Sistemas de Control de Gestión”¹⁴ a esta disciplina como “el proceso por el cual los directivos influyen a otros miembros de la organización para que implanten las estrategias de la organización”. De acá se puede extraer el relevante papel que juegan las personas en todo proceso de gestión pues, sin ellas, toda estrategia no podrá implementarse. Es a través de las personas que la gestión puede realizarse, mejorarse y revisarse cada vez que sea necesario.

Por otro lado, es importante destacar también el propósito: el logro de los objetivos estratégicos. Justamente todo el control de gestión que se realice tiende al logro de dichos objetivos, pues finalmente es hacia ellos donde apunta cualquier organización, independiente de la naturaleza de dichos objetivos.

6.1.2 Modelos de Control de Gestión

Históricamente se han desarrollado distintos modelos de Control de Gestión, dependiendo de la época en que éste fue desarrollado y de las necesidades a las cuales respondía.

1. Uno de los modelos es el control de gestión financiero-contable que se preocupa de la evolución de las organizaciones de acuerdo al desempeño exhibido por mediciones como las ventas, las utilidades, márgenes de contribución, etc. En todos ellos predomina un afán por medir resultados al analizar los informes contables. Sin embargo, al realizar estas mediciones, se está dejando de lado factores relevantes como el desempeño de las personas, la calidad de los procesos internos o factores que derechamente no pueden medirse, sin contar con que todo este análisis se hace de indicadores de desempeño pasado.
2. Otro modelo de control de gestión es el de Centros de Responsabilidad. Éste postula la división de una organización de acuerdo a distintos Centros, asociados a la actividad central que desempeñen. Por ejemplo, una planta productiva puede ser asimilada a un centro de costo, porque principalmente consume recursos pero ella misma no genera ingresos. De este mismo modo, una

¹⁴ ANTHONY, R. y GOVINDARAJAN, V. 2003. **Sistemas de control de gestión. Décima edición.** Madrid. Mc Graw Hill. 710 p.

Gerencia de Ventas puede ser asimilada a centro de ingresos, dado que ella sí genera ventas que repercuten en ingresos para la empresa. Este modelo se apoya en la percepción de que, al dividir las organizaciones será más fácil administrarlas (“dividir para conquistar”), sin embargo no responde a factores como el mejoramiento del personal o la mejora de procesos internos.

3. Un tercer modelo a citar es el del Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard como es conocido en inglés y más famoso mundialmente, descrito a continuación.

6.2 Cuadro de Mando Integral

El Cuadro de Mando Integral es un modelo de control de gestión desarrollado por los ingenieros Robert Kaplan y David Norton el año 1992 adoptado por múltiples organizaciones de diversa naturaleza a nivel mundial, ya sean empresas productivas y de servicios, públicas y privadas, con y sin fines de lucro, etc. Está dirigida a apoyar la implementación de estrategias en las organizaciones, llevando las orientaciones estratégicas de largo plazo a un plano operativo (más cotidiano y manejable por las organizaciones) basado en la gestión de 4 perspectivas consideradas clave por sus creadores: Aprendizaje y Crecimiento, Procesos Internos, Finanzas y Clientes.

En palabras de sus creadores en el libro “El Cuadro de Mando Integral”¹⁵, esta herramienta “complementa los indicadores financieros de la actuación pasada con medidas de los inductores de actuación futura”. De acá resalta la importancia que tienen, por sobre la contabilidad financiera en la que se basó todo el control de gestión previo, medidas sobre aspectos no financieros que, no obstante, tienen importancia capital sobre la formación de los trabajadores, el clima laboral, capital organizacional, etc.

6.2.1 Versiones del CMI

Si bien en un comienzo la herramienta fue concebida (y usada principalmente) para instituciones con fines de lucro, el posterior desarrollo ha llevado a sus mismos creadores a afirmar que el CMI funciona mejor en instituciones sin fines de lucro. Según Robert Kaplan “Todo lo que dicen (las medidas financieras) es si los gastos están alineados con el presupuesto. En las mediciones no financieras de la BSC, cada agencia tiene que describir cómo hace a los ciudadanos mejor educados, más saludables, con más oportunidades de empleo, en un ambiente más saludable”¹⁶.

¹⁵ KAPLAN, R. y NORTON, D. 1997. El cuadro de mando integral. Barcelona. Ediciones Gestión 2000. 322 p.

¹⁶ <http://diario.elmercurio.cl/detalle/index.asp?id={247101ec-ab36-4cda-927d-16b0c5824245}>

Efectivamente, son las otras medidas (especialmente la perspectiva de clientes o de usuarios) las que exhiben si se crea valor público o no mediante el cumplimiento del mandato (la misión) de las instituciones públicas.

La manera en que el CMI ayuda a controlar la gestión vía implantación de estrategias y su puesta en marcha en las organizaciones es considerar a la organización a través de las 4 perspectivas anteriormente mencionadas, considerando que existen relaciones de causalidad entre ellas. Sin embargo, las relaciones son distintas cuando se habla de una organización con fines de lucro que cuando se habla de una sin dichos fines. Existen múltiples versiones de dicha causalidad, variando el orden en que unas preceden a otras. Un ejemplo es el que intercambia la perspectiva financiera por la de clientes como “receptora” de las precedentes, como se ve en la figura 2. Sin embargo, ello no es restrictivo pues dicho orden dependerá fundamentalmente de cada organización, no existiendo un modelo rígido para ello.

Figura 2: Comparación Relaciones Causalidad



Fuente: Elaboración propia

Existen otras propuestas de arquitectura del CMI, todas ellas dependiendo de las características de la organización que lo adopte, sin embargo existen algunos patrones comunes que debieran conducir a una construcción que cumpla con los objetivos de dicha herramienta. Lo anterior es expuesto por James Whittaker en el libro “Balanced Scorecard in the Federal Government”, donde cita la importancia de no adoptar un modelo sino que adaptarlo a la realidad de cada organización (algo común a las políticas públicas y en general a cualquier modelo externo). Según el autor es necesario “ajustar el modelo” a las características propias de quien lo incorpora a su gestión, pues cada organización tiene características particulares que la distinguen de otras que hayan utilizado la misma herramienta previamente. Éxitos anteriores no garantizan el éxito futuro ante una misma implementación¹⁷.

¹⁷ Traducción libre desde WHITTAKER, James. 2001. *The Balanced Scorecard at the Federal Government*. Vienna, Virginia. Management Concepts. 278 p.

Como se dijo anteriormente, existen relaciones de causalidad entre objetivos de cada perspectiva, mostrando la alineación de las estrategias empleadas para la consecución de la misión buscada. Ello es visible de mejor manera en una herramienta también diseñada por los creadores del CMI, denominada mapas estratégicos y que constituyen una base para la construcción del CMI.

6.2.2 Mapas Estratégicos

El mapa estratégico exhibe en una gráfica las 4 perspectivas base que considera el CMI en una manera jerarquizada, de acuerdo a la realidad de la organización que lo utilice (público/privada, con/sin fines de lucro, etc.). Ello conlleva a que cada perspectiva intermedia se “sustente” sobre otra precedente, teniendo como base usualmente la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento o la que corresponda, nuevamente según el caso.

El mapa estratégico es una poderosa herramienta pues permite visualizar la estrategia y relacionar los objetivos, enfatizando en la causalidad existente y hecha explícita en el mapa. En el libro “Mapas Estratégicos”¹⁸ Kaplan y Norton mencionan lo siguiente:

El modelo de cuatro perspectivas para describir la estrategia de creación de valor de una organización proporciona un lenguaje que los equipos de ejecutivos pueden usar para discutir la dirección y las prioridades de sus empresas. Pueden ver a sus indicadores estratégicos no como indicadores de desempeño en cuatro perspectivas independientes, sino como una serie de relaciones de causa y efecto entre objetivos de las cuatro perspectivas del Balanced Scorecard.

El propósito de estos mapas estratégicos es “clarificar la estrategia”, hacerla visible y entendible pues existe el riesgo de que ella quede anclada en el nivel superior directivo y no sea entendida, aplicada y, sobretodo, asimilada por los niveles intermedios e inferiores de la organización (justamente porque se requiere un conocimiento de todos los niveles para el éxito de dichas estrategias). Justamente los autores reconocen este hecho, importante a la hora de explicar los errores de implantación de estrategias, al punto que declaran:

...el problema de fondo con el que se enfrentaban prácticamente todas las empresas era su incapacidad para ejecutar con éxito sus nuevas estrategias. Los empleados oían las palabras de las nuevas

¹⁸ KAPLAN, R. y NORTON, D. 2004. *Mapas Estratégicos*. Barcelona, Gestión 2000. 503 p.

declaraciones de misión, visión y estrategia, pero no comprendían lo que significaban para ellos¹⁹.

Lo anterior es relevante reconocerlo dado que, según Norton y Kaplan, “entre el 70 y el 90 por ciento de las organizaciones no lograba tener éxito con sus estrategias”²⁰ justamente por la falta de entendimiento de ellas, patente en que no había modo de permear a los trabajadores de mandos medios y bajos de las ideas y conceptos que sobre las estrategias tenían los altos directivos de las organizaciones. Uno de los factores claves de éxito de las organizaciones es poder implantar sus estrategias y precisamente el mapa estratégico permite realizar más fácilmente dicha tarea, pues visualiza dichas estrategias y las hace entendibles a ojos de toda la organización, no sólo de quienes las diseñan, crean y/o adaptan a la realidad respectiva.

7. METODOLOGÍA

La presente memoria considera el uso de diversas metodologías para cada una de las etapas en que se dividió el proyecto. Ellas son:

- **Investigación recopilatoria**

Esta etapa corresponde a la primera del trabajo, en que se averiguaron los antecedentes como son la administración de la salud en Chile, las políticas públicas en salud, el modelo de administración de la APS, marco regulatorio, etc. Dentro de la investigación se encuentra la lectura de objetivos del MINSAL, el Plan Comunal de Salud de San Bernardo, las Memorias de la Corporación, entre otras. Con los anteriores antecedentes revisados, se realizó un breve diagnóstico preliminar que sirvió de base para las consideraciones futuras, tanto para focalizar el trabajo de análisis como para determinar las mejores vías de investigación futura.

- **Revisión de Herramientas**

En esta etapa, con la idea del trabajo definida, se revisaron diversas herramientas posibles de aplicar para el proyecto, constituyendo la base del marco teórico presentado. Se consideraron factores relevantes del proyecto como fueron el posible apoyo que existiera dentro de la organización, el grado de “intervención” que se pudiera hacer en ella, etc. Para ello se revisaron herramientas como división de la organización por centros de responsabilidad, control de gestión por indicadores financieros y Cuadro de Mando Integral, llegando a la conclusión que ésta era la herramienta adecuada,

¹⁹ **Ibíd., p.11.**

²⁰ **Ibíd., p.11.**

tanto por el contexto en que se desenvuelve la Dirección de Salud como también por el enfoque estratégico y holístico, pues no se preocupa de una o dos áreas de la organización, sino que de ella en su totalidad, lo que favorece el posterior éxito del trabajo realizado.

- **Entrevistas**

En esta etapa se realizaron entrevistas de acuerdo a los requerimientos de información que surgieron para hacer un diagnóstico de la situación de la Dirección de Salud, indagando en factores como el control de gestión que se realiza (o la ausencia de éste), el grado de involucramiento que tenga la organización, la existencia de objetivos estratégicos, la planificación de la actividad realizada, la situación financiera, etc. Con estas entrevistas se conocieron aspectos internos de la organización, buenas y malas prácticas, iniciativas de mejora y posibles aspectos difíciles de cambiar dada la rigidez de la organización pero especialmente de su entorno legal.

- **Análisis FODA**

Una vez que se realizaron las entrevistas pertinentes, se leyó y averiguó sobre la Dirección de Salud y se indagó sobre su gestión se pudo formular un diagnóstico cabal, para lo cual resultó útil el análisis FODA.

En esta etapa se realizó una recopilación de los antecedentes previos, de modo de formarse una visión general de la organización, sus problemas, prácticas empleadas, con el objeto de realizar un juicio acerca de “cómo” está la organización. Se identificaron las fortalezas y debilidades de la Dirección de Salud, como también hacer visibles las oportunidades y amenazas que presenta el entorno de la Dirección y que puedan impactar en su gestión. Todo lo anterior se sintetizó en una matriz FODA, que resume los aspectos que fueron indagados y facilita la mejor comprensión de la gestión realizada por la Dirección, especialmente a la hora de pensar un rediseño o similares.

- **Diseño del CMI**

El diagnóstico previo generó la base del CMI que se diseñó posteriormente. En esta etapa se determinaron las definiciones de misión y visión, precisando la validez (o falta de ella) de las actuales declaraciones, para posteriormente definir si es que cumplen o no con su propósito y reformularlas en caso de ser necesario.

Una vez definidas las declaraciones de base se construyeron tanto el mapa estratégico como los indicadores de gestión por perspectivas, teniendo en cuenta que una gran cantidad de ellos harían poco manejable la herramienta, por lo que es

relevante tener la capacidad de resumir y sintetizar los conceptos que puedan ser sujeto de medición, para lograr mayor impacto. Se generaron los indicadores y se expusieron ante la Dirección con el objeto de validarlos y posteriormente construir la herramienta, asignando a cada objetivo definido previamente un indicador asociado, una meta de cumplimiento y un encargado responsable de él, de modo de dotar al sistema en cuestión de las características necesarias para su éxito (no obstante varios de los objetivos constan de 2 o más indicadores asociados). Se incluyeron las demandas e inquietudes que la Dirección planteó a la hora de validar la herramienta pues, fundamentalmente, ésta es quien define si la herramienta es útil o no (independiente de su implementación, que no es parte de este trabajo).

8. SITUACIÓN ACTUAL

8.1 Corporación Municipal de Educación y Salud

La Corporación Municipal de Educación y Salud es una institución de derecho privado, sin fines de lucro, formada por una asamblea de 15 socios, dentro de los cuales se encuentran diversas instituciones como Juntas de Vecinos, el Municipio, Fundaciones, etc. Esta asamblea de socios designa un directorio de 5 miembros, presidido por la Alcaldesa quien designa a su vez al Secretario(a) General de la Corporación y a los 2 directores(as) de Educación y Salud.

A partir de la municipalización de los servicios de educación y atención primaria públicas fue la institución encargada en la comuna de San Bernardo de administrar ambos servicios, teniendo como brazo especializado en salud a la Dirección de Salud, descrita a continuación.

8.2 Dirección de Salud

La Dirección de Salud es la encargada de administrar los establecimientos de APS en la comuna. Para ello cuenta con 36 funcionarios en la Administración Central y alrededor de 900 personas que trabajan en los establecimientos de APS dependientes de la Dirección. En su estructura organizacional se encuentran diversas unidades encargadas del apoyo y gestión interna de dichos establecimientos, como son Recursos Humanos, Promoción y Participación, Estadísticas, etc. Para más detalle se adjunta el organigrama en el Anexo A.

Dentro de los establecimientos de salud anteriormente mencionados, se encuentran distintas categorías diferenciadas por la capacidad resolutive, los servicios asociados, las zonas geográficas donde ellos se encuentran y la población específica

que atienden. El detalle de los distintos establecimientos de Salud se encuentra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Establecimientos de APS San Bernardo

Centros de Salud	CESFAM (Centros de Salud Familiar)	El Manzano
		Padre Joan Alsina
	Centros en acreditación	Carol Urzúa
		Confraternidad
		Juan Pablo II
	Por acreditar	Dr. Raúl Cuevas
Raúl Brañes		
Centros Comunitarios de Salud Familiar	CECOF Lo Herrera	
	CECOF Ribera del Maipo	
	CECOF Rapanui	
Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Dr. Raúl Cuevas	
	Raúl Brañes	
	Confraternidad	
	Juan Pablo II	
	Carol Urzúa	
	Padre Joan Alsina	
Centro Comunitario de Salud Mental COSAM		
Posta Rural Las Acacias		
Laboratorio Comunal		
Farmacia Central		
Casa de Atención de Adolescentes Rucahueche		
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)		

Fuente: Plan Comunal de Salud 2010 San Bernardo.

Los Centros de Salud son establecimientos cercanos a los grupos mayores de población, por lo que se encuentran en el sector central de la comuna. En cambio, los Centros comunitarios de Salud Familiar se encuentran en sectores más alejados, usualmente cercanos a núcleos aislados y dependen administrativamente de los Centros de Salud más cercanos. Análogamente, los Servicios de Atención Primaria de Urgencia también dependen administrativamente de los Centros de Salud a los que estén adosados físicamente (funcionan en las mismas dependencias).

En el anexo B se presenta un mapa de la comuna de San Bernardo con los Centros de Salud y CECOF identificados.

8.2.1 Marco Legal²¹

La atención en salud está presente en la Constitución Política del Estado, la que establece el derecho a la protección de la salud en su artículo 19. Siendo así, existen una serie de leyes que desglosan en particular el funcionamiento de la APS y que se mencionan a continuación:

- **Ley 19.378 : Estatuto de Atención Primaria de Salud²².**

Establece diferentes aspectos normativos del funcionamiento de la APS. El primer título de la ley habla de las normas generales del régimen laboral (dotación, jornada de trabajo, derechos del personal y remuneraciones).

El segundo título habla respecto a la carrera funcionaria y el tercer título corresponde al financiamiento (del cual se hablará posteriormente) como también a la administración, destacando de éste último la autonomía que tienen las entidades administradoras (ya sean Corporaciones o Departamentos Municipales) para conformar su estructura organizacional, no obstante ello deberá adecuarse a las normas técnicas que al respecto determine el MINSAL.

Finalmente destaca también la formulación por parte de la entidad administradora correspondiente de un plan o proyecto de programa de salud municipal, plasmado en el caso de la Dirección de Salud de San Bernardo en el Plan Comunal 2011-2013. Figura en esta ley la supervisión ministerial, expresada a través de los Servicios de Salud respectivos, de dicho Plan Comunal, debiendo ser éste presentado para la revisión del organismo recientemente mencionado, con un plazo adecuado (1 mes) antes de su autorización y entrada en vigencia.

- **Ley 19.813 : Otorga beneficios a la Salud Primaria²³.**

Esta ley establece mejoramientos a las remuneraciones de los funcionarios de la APS, mediante una asignación que responde al cumplimiento de ciertas metas sanitarias establecidas por el MINSAL. De este modo, la ley ejerce el rol de incentivar económicamente el

²¹ Adaptación libre desde Plan Comunal de Salud 2011-2013

²² CHILE. Ministerio de Salud. 1995. Ley 19.378: Estatuto de Atención Primaria de Salud. 13 Abril 1995. 26 p.

²³ CHILE. Ministerio de Salud. 2002. Ley 19.813: Otorga beneficios a la Salud Primaria. 25 Junio 2002. 5 p.

cumplimiento de una buena atención, visible en los resultados que ella provoca en la población usuaria.

- **Ley 19.966 : Ley de Garantías Explícitas en Salud²⁴.**

Esta ley consagra el sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (de ahí la sigla AUGE) que dota al MINSAL de una serie de atribuciones necesarias para cumplir con el Régimen de Garantías Explícitas, que se traduce en una serie de problemas de salud a los cuales el Estado asegura cobertura y atención, ya sea en el sistema público como en el privado.

A modo de síntesis, esta ley establece una serie de requerimientos de atención, garantizadas de ahora en adelante por ley, que la Dirección de Salud debe cumplir de manera taxativa, ya sea otorgando las prestaciones necesarias si se trata de un problema que pueda ser resuelto por el nivel primario de atención, como también la derivación que dicho problema requiera en el caso que el nivel primario no pueda resolverlo.

- **Ley 20.157 : Concede Beneficios al personal de la APS y modifica las leyes 19.378 y 19.813²⁵.**

Esta ley modifica aspectos considerados en el Estatuto de Atención Primaria de Salud (Ley 19.378) y en la ley 19.813, modificando ciertos beneficios por cumplimiento de metas sanitarias, asignaciones especiales por cumplimiento de funciones en Centros de Salud denominados “de desempeño difícil” (asociados a condiciones de marginalidad, de inseguridad y riesgo asociado) como otras asignaciones específicas.

- **Ley 20.250 : Modifica las leyes 19.378 y 20.157 y concede otros beneficios al personal de la APS²⁶.**

Análoga a la anterior, concede nuevos beneficios a funcionarios que desempeñen sus labores en zonas extremas del país (Regiones I, II, XV, XII, provincias de Palena, Chiloé y en la comuna de Juan Fernández).

²⁴ CHILE. Ministerio de Salud, 2004. Ley 19.966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. 3 Septiembre 2004. 17 p.

²⁵ CHILE. Ministerio de Salud. 2007. Ley 20.157: Concede Beneficios al personal de la Atención Primaria de Salud y modifica las leyes N° 19.378 y 19.813. 5 Enero 2007. 7 p.

²⁶ CHILE. Ministerio de Salud. 2008. Ley 20.250: Modifica las leyes N°s 19.378 y 20.157 y concede otros beneficios al personal de la Atención Primaria de Salud. 9 Febrero 2008. 5 p.

- **Ley 18.883 : Aprueba estatuto administrativo para funcionarios municipales.**
- **Ley 18.575 : Bases Generales de la administración del Estado.**

De este modo, se destacan ciertas funciones y atribuciones que tiene la Dirección de Salud a la hora de realizar su gestión:

- Administrar los Centros de Salud de Atención Primaria.
- Elaborar un plan comunal de Salud, que responda a las necesidades locales como también a las directrices emanadas desde el MINSAL.
- Entregar servicios de salud adecuados a los usuarios de los Centros de Salud.
- Construir los equipos directivos de acuerdo a las normas establecidas por la ley, tanto en base a concursos (jefatura Centros de Salud) como a la autonomía que la ley le otorga en la Administración Central.

8.2.2 Financiamiento

La Dirección de Salud cuenta con un presupuesto cuya conformación depende de 4 grandes fuentes:

- Ingresos MINSAL per cápita.
- Aportes MINSAL.

Según la ley 19.378 y las que la modifican, el MINSAL efectúa un aporte a las entidades administradoras de la APS (en este caso a la Dirección de Salud) que depende de aspectos como:

- La población potencialmente beneficiaria y características epidemiológicas de ésta.
- Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud.
- El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna.
- Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

Siendo así, no todas las comunas reciben el mismo aporte per cápita, pues existen diferencias que son consideradas por el MINSAL como la situación de salud de la comuna (comunas más “sanas” reciben menor aporte por este concepto que otras comunas en desventaja respecto a dicho punto), el plan

comunal de salud que establece qué prestaciones se realizarán y cuáles no (comunas con mayor cantidad de prestaciones programadas recibirán un aporte mayor) y el cumplimiento de dicho plan (comunas con mejores índices de cumplimiento de sus planes recibirán mayores aportes).

- Ingresos provenientes del Municipio (subvención municipal).

Los municipios encargan a ciertas entidades administradoras (Departamento o Corporación Municipal) el funcionamiento de la APS y, por tanto, entregan ciertos recursos a dichas entidades para cumplir su labor. Sin embargo no existe una normativa legal que defina a nivel nacional cuánto debe ser dicho aporte, siendo de propia definición municipal el nivel de contribución que ella realice a la entidad respectiva. Como se verá posteriormente, existe una diferencia importante tanto en el aporte en sí que realizan a la comuna de San Bernardo el municipio y el MINSAL como en la evolución temporal de ellos.

- Ingresos propios.

Corresponden a ingresos provenientes tanto de los mismos Centros de Salud mediante el cobro de atenciones a quienes ello resulte factible como también recuperación de ingresos vía Licencias Médicas y otros.

La cuantía de las 4 fuentes recientemente nombradas y su participación en el presupuesto (año 2010) de la Dirección de Salud se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 2: Fuentes de Financiamiento y participación en Presupuesto 2010

INGRESO	PRESUP 2010 (M\$)	%
Per cápita	\$ 6.177.819	49,2%
Aporte MINSAL	\$ 3.595.827	28,7%
Subvención Municipal	\$ 1.986.700	15,8%
Licencias Médicas	\$ 333.385	2,7%
Ingresos Propios	\$ 59.380	0,5%
Otros Ingresos	\$ 392.765	3,1%
TOTAL	\$ 12.545.876	100,0%

Fuente: Plan Comunal de Salud 2011

De acá se observa la importancia de los ingresos recibidos a través del MINSAL y del Municipio. Esto puede resultar interesante en la medida que su evolución en el tiempo no ha sido a la par. Mientras las asignaciones ministeriales han crecido sostenidamente, no pasa lo mismo con las asignaciones municipales que, de hecho, han disminuido (en pesos comparables, ajustados por inflación respecto al año 2003

como base). Ello se puede ver en la siguiente tabla, donde se exponen las asignaciones mensuales per cápita tanto ministerial como municipal para el rango 2003-2009 (no se cuenta con información del año 2010 a la fecha de elaboración del gráfico):

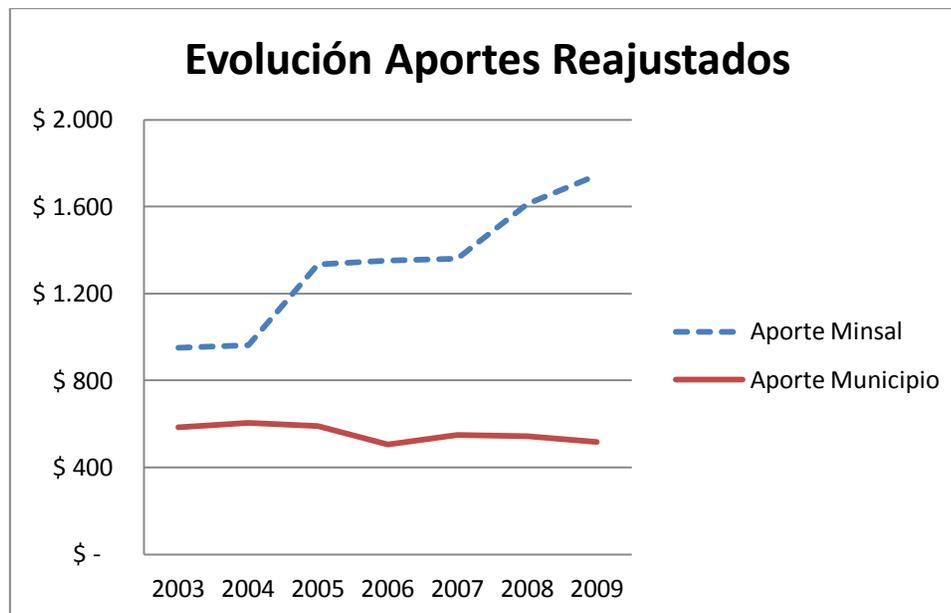
Tabla 3: Evolución Temporal Ingresos mensuales Ministeriales y Municipales 2003-2009

Año	Inflación Anual respecto año 2003	Aporte MINSAL reajustado	Aporte Municipal reajustado
2003		\$ 950	\$ 585
2004	1,1%	\$ 963	\$ 606
2005	4,1%	\$ 1.335	\$ 590
2006	7,7%	\$ 1.351	\$ 504
2007	12,4%	\$ 1.360	\$ 549
2008	22,2%	\$ 1.612	\$ 543
2009	24,0%	\$ 1.744	\$ 517

Fuente: Plan Comunal de Salud 2010, INE.

De esta tabla se puede extraer que el aporte per cápita del MINSAL se ha elevado en 6 años en un 84%, mientras que el municipal ha disminuido en un 12%, no considerando necesariamente las necesidades de ambos estamentos que hayan implicado, por ejemplo, reasignaciones presupuestarias, incremento en costos alternativos (debido a la multiplicidad de costos que el municipio debe enfrentar), etc. La diferencia en esta evolución puede apreciarse de mejor forma en el siguiente gráfico:

Gráfico 6: Evolución Temporal Ingresos Ministeriales y Municipales 2003-2009



Fuente: Plan Comunal de Salud 2010

No obstante lo anterior muestra que el aporte ministerial ha tenido un aumento sostenido en el tiempo, existen visiones críticas respecto a la velocidad de dicho aumento, más precisamente respecto al monto que se cubre actualmente con el aporte per cápita. En particular, la Asociación Chilena de Municipalidades (en adelante AChM) en su "Simposio de Salud Familiar como Estrategia de Desarrollo Local"²⁷ exhibió un trabajo de recopilación de estudios críticos respecto al aporte actual. Estos estudios, realizados por la Universidad Católica, por la misma AChM y por el MINSAL exhiben distintos valores del per cápita, determinados de acuerdo a diversas metodologías no reseñadas acá. Lo relevante de ello es que los 3 estudios exhiben valores del per cápita notoriamente distintos al real, los que se resumen a continuación:

Tabla 4: Montos per cápita mensuales estudios diversos.

Estudio	Per cápita mensual estimado año 2008	Per cápita mensual proyectado año 2010
"Análisis del modelo de asignación financiera en Atención Primaria Chilena" (PUC)	\$ 3.708	\$ 3.778
"Análisis de requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal en el contexto del financiamiento per cápita de la APS Municipal en Chile" (AChM)	\$ 2.772	\$ 3.209
Documento de trabajo MINSAL	\$ 2.867	\$ 3.079

Fuente: Boletín Nro 1 Comisión de Salud, AChM.

De esta exposición se extrae el acuerdo entre los actores relevantes de que el aporte per cápita debiera ser sustantivamente mayor al implementado por el MINSAL para el año 2010, que es de \$2.324²⁸, notoriamente distinto a los estimados por los estudios citados previamente y que provocan, entre otras consecuencias, déficit municipal crónico debido a la reasignación que éstos deben realizar para financiar la APS a su cargo.

8.2.3 Situación Patrimonial

No obstante la Corporación es una institución sin fines de lucro, el manejo de las finanzas y los recursos monetarios que le sean asignados es importante a la hora de distribuir y planificar las acciones en salud. Por ello, situaciones como pérdidas o endeudamiento repercuten negativamente en su gestión, pues se pierde la posibilidad de ejecutar planes o programas que vayan en beneficio de la comunidad, mejoramiento

²⁷ Asociación Chilena de Municipalidades. Boletín Comisión de Salud. Año 1, Nro 1. Agosto 2010.

²⁸ <http://frentedefensasalud.blgoo.cl/content/view/1043778/Informe-acerca-del-Financiamiento-de-la-Atencion-Primaria-de-Salud.html>

de infraestructura, renovación de equipos administrativos, etc. En este ámbito, la Dirección de Salud no ha tenido buenos desempeños en los años recientes, visibles en que las pérdidas han aumentado sostenidamente. Lo anterior se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 5: Estado de Resultados Resumido Dirección de Salud

	2007 (M\$)	2008 (M\$)	2009 (M\$)
Ingresos Operacionales	\$ 7.963.805	\$ 10.377.447	\$ 10.773.416
Gastos Operacionales	\$ 8.056.855	\$ 10.464.460	\$ 11.062.309
Egresos Contables	-\$ 31.974	\$ 91.915	\$ 53.801
RESULTADO EJERCICIO	-\$ 61.076	-\$ 178.928	-\$ 342.694

Fuente: Memorias 2008 y 2009 Corporación Municipal de Educación y Salud San Bernardo

Como se ve, las pérdidas financieras han seguido una tendencia al alza, agravando la situación patrimonial y perjudicando de este modo las acciones que pueda realizar la Dirección de Salud.

Como se dijo anteriormente, la Dirección de Salud puede que no se concentre en generar rentabilidad al recurso monetario pero sí debe ser responsable por lo que maneje. Un mal manejo de ello puede impactar en el deterioro de las relaciones con sus proveedores, generar desconfianza en la comunidad e incluso en pérdida de reputación con las autoridades, por lo que se pueden perder recursos para la realización de sus labores.

8.3 Definiciones Estratégicas

La Dirección de Salud ha definido en su Plan Comunal 2011-2013 una serie de componentes estratégicos que estima pueden servirle para ordenar su gestión y cumplir su mandato de mejor forma. Esto se plasmó en una misión, visión, 2 lineamientos estratégicos y 12 objetivos estratégicos, expuestos a continuación:

8.3.1 Misión y Visión

Actualmente la Dirección de Salud cuenta con Misión y Visión declaradas, las que no gozan de mayor conocimiento o vinculación dentro de la organización. Ambas declaraciones son las siguientes:

- Misión

“Brindar atención primaria de salud a nuestra comunidad, con equidad y oportunidad, por un equipo de salud comprometido y técnicamente competente; con la participación activa de la comunidad en un marco de dignidad y respeto mutuo”

- Visión

“Queremos lograr una comunidad saludable comprometida con su salud”

De las anteriores declaraciones se observa que existe una afirmación respecto a dónde se quiere llegar y cómo se quiere hacer ello, sin embargo dichas declaraciones adolecen, según los propios entrevistados en la Dirección, de involucramiento. No hay validez pues existen como definiciones que sólo conoce la Alta Dirección y no toda la organización.

Otro punto importante de las declaraciones es que la misión no menciona (al menos explícitamente) el propósito de las acciones que debe realizar la Dirección. Si bien declara que debe brindar atención primaria de salud a la comunidad de San Bernardo, dice cómo hacerlo y con qué recursos humanos, no señala para qué se realiza esto. A pesar de esta falla en la misión se cree pertinente no modificarla pues dicho propósito está declarado en la visión: lograr una comunidad saludable. Si bien debiera estar de una manera más clara en la misión en sí, la presencia del propósito en la visión permite que haya un sentido y que, por tanto, no sea necesario modificar ambas declaraciones.

Lo anterior define una tarea relevante por hacer: si bien ambas declaraciones cuentan con lo necesario para construir una propuesta estratégica sólida (un “Norte” al cual llegar, los medios con que se quiere realizar y un marco en el cual desarrollarlo) se hace necesario vincular a toda la organización con ambas definiciones. En este caso, sería bastante útil definir y desarrollar una actividad con toda la organización (actualmente 36 personas) en que se discutan, propongan y validen ambas declaraciones estratégicas. De este modo contarían con el respaldo y generarían vinculación. No obstante, ésta es una limitante pues, dada la misma naturaleza de las tareas desarrolladas por la Dirección es altamente difícil reunir a toda ella con este objeto.

8.3.2 Lineamientos Estratégicos

- Eficiencia y eficacia de las acciones en salud

Con este lineamiento la Dirección de Salud quiere plasmar un anhelo comprendido por la Misión, que es la de entregar la mejor calidad posible a sus usuarios, sin incurrir por ello en prácticas que agraven la situación patrimonial antes descrita. Ello se observa en las palabras utilizadas por la misma Dirección:

“...pretendemos dar vida a nuestra misión, visión, entregando prestaciones de acuerdo a nuestro nivel de desarrollo, dentro de un marco de equilibrio financiero y clima organizacional óptimo...”

Adicional a lo anterior y para reforzar hacia quién van dirigidas estas acciones, prosigue:

“Y para nuestros usuarios, que estas acciones signifiquen mejor acceso, disminución de brechas de inequidad, solidaridad y trato digno”

Con ello se ve que existe la conciencia de que la misión y visión declaran efectivamente lo que la Dirección de Salud debe hacer, el cómo y hacia quién van orientadas dichas acciones, agregando el importante factor de eficacia y, sobretodo, eficiencia.

- Desarrollo del capital humano

Es este factor precisamente uno clave a la hora de pensar que la gestión de la Dirección de Salud recae, precisamente, en un amplio sector de personas. Por ello lo destaca en su declaración:

“Desarrollar el capital humano por medio de una gestión moderna y de calidad es un factor crítico, por este camino se puede lograr la entrega de un mejor servicio hacia la comunidad y alcanzar las metas de la organización.

Esta nueva gestión debe utilizar herramientas y metodologías actualizadas, sin dejar atrás los logros ya alcanzados, es necesario tener una mirada integradora que entregue apoyo en las labores diarias y las nuevas necesidades e inquietudes que han surgido en materia de recursos humanos.”

De la declaración anterior se extrae la necesidad de contar con un personal idóneo, comprometido y atento a los requerimientos de la comunidad usuaria, capacitado para responder y siempre dispuesto a mejorar su accionar.

Adicional a lo anterior, se estableció la necesidad de contar con una herramienta que controle el accionar y mida el cumplimiento de los objetivos planteados. Es propósito de esta memoria contribuir con una propuesta a dicha herramienta.

8.3.3 Objetivos Estratégicos

A partir de ambos lineamientos declarados previamente la Dirección formuló una serie de 12 objetivos estratégicos, exhibidos a continuación:

1. Mejorar el acceso y oportunidad de la atención en salud.
2. Desarrollar centros de salud amigables.
3. Incorporar estándares de calidad.
4. Consolidar el Modelo de Salud Familiar.
5. Incorporar nuevas tecnologías.
6. Disminución de brechas de infraestructura y mejorar espacios laborales.
7. Desarrollar políticas de Recursos Humanos.
8. Desarrollo de competencias técnicas y habilidades: Plan de capacitación acorde a las necesidades de la comuna.
9. Desarrollar herramientas de supervisión y monitoreo de la gestión clínica.
10. Lograr un equilibrio presupuestario (impacto financiero, sanitario y producción).
11. Fortalecer políticas de participación social en salud en la comuna.
12. Potenciar el trabajo intersectorial.

No obstante es un avance significativo que haya una declaración de objetivos estratégicos, ellos fueron formulados fuera de un marco planificado de control, por lo que carecen hasta ahora de indicadores asociados, metas de cumplimiento y áreas responsables (al menos explícitamente). Por otra parte, la falta de un marco de referencia para los objetivos implica que no se formula una relación causal entre ellos, que no se ha vislumbrado la necesidad de cumplir ciertos objetivos de base para inducir otros resultados y, por tanto, puede que falte una priorización de ellos, tendiendo al control (si es que se realiza, cosa que no se ha explicitado por parte de la Dirección) de resultados disímiles, pudiendo coexistir resultados satisfactorios con otros insatisfactorios, dificultando una evaluación integral de la gestión. Si bien es perfectamente posible que hayan resultados positivos y otros mejorables, la ausencia de relaciones de causalidad y de la conciencia que ciertos objetivos actúan como

inductores de otros puede llevar a no saber cómo mejorar los objetivos incumplidos o incluso a no saber cómo mantener los resultados positivos, sin alterar la posible consecución de los incumplidos.

Por otro lado, es relevante mencionar que los objetivos declarados por la Dirección no son descartables, pero que deben ser reformulados dentro de un marco mayor de control y planificación, pues efectivamente algunos de ellos cumplen las funciones que el CMI describe como “inductores” o de “resultado final”, siendo algunos pertenecientes a las perspectivas de Procesos Internos (por ejemplo “Incorporar nuevas tecnologías”) y de Aprendizaje y Crecimiento (“Desarrollar políticas de Recursos Humanos”), mientras que otros tienen una pertenencia difusa (“Lograr un equilibrio presupuestario” pues, como es definido por la Dirección, apunta tanto al ámbito financiero como también al sanitario y al productivo). Lo que se ha de destacar es que si bien algunos de ellos son clasificables dentro de las 4 perspectivas, carecen de alineación y de relaciones de causalidad, aspecto que se trabajará en las secciones posteriores de esta memoria.

Dada la falencia importante presente en los objetivos, señalada en los 2 párrafos precedentes, se pretende reformularlos, ubicarlos dentro de un marco de planificación estratégica y asociar una métrica, metas y actividades que pudieran servir a la consecución de ellos. Por ello, se trabajará en la identificación, selección y/o reformulación de los objetivos presentados anteriormente, no obstante existe la intención de proponer otros nuevos objetivos que se adecuen a la estructura de la herramienta que se pretende diseñar, rescatando las declaraciones que sí tienen sentido dentro de la planificación de la propia Dirección, acompañándolos de la estructura que el sistema de control propuesto contempla, como indicadores que permitan rastrear su cumplimiento, metas asociadas que definan el nivel satisfactorio y actividades propuestas que faciliten su consecución.

8.4 Control existente

La Dirección de Salud contempla una instancia de evaluación declarada en sus planes comunales, en que se exhibe a sus lectores una revisión de los programas desarrollados por ella. Sin embargo esta evaluación responde a dichos programas y no existe una vinculación (al menos directa y/o declarada) con los lineamientos estratégicos definidos. Siendo así, no existe un resultado a nivel agregado, que permita concluir si la gestión fue positiva o negativa, sino que se tienen resultados parciales, de acuerdo a cada uno de los planes y programas que la Dirección debe ejecutar en la comuna. Por tanto, existe una imagen ex post de resultados sectoriales y no uno a nivel general. Ello dificulta la gestión pues impide una visión alineada a lo largo de todos los niveles y transversal a todos los programas, favoreciendo la insularidad que, potencialmente, puede ir en directo desmedro de la propia Dirección, en la medida que

cada departamento o cada grupo administrador de programa se preocupe de su propio accionar y no del conjunto.

La evaluación contempla el análisis tanto de impacto de los programas de salud ejecutados, como también aspectos de gestión interna (gestión informática, financiero) y de contacto con los usuarios de los Centros de Salud a través de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) quienes son el nexo entre los usuarios y la Dirección, tanto para recibir críticas, sugerencias, comentarios y para elaborar acciones de reforzamiento o rediseño de ciertos programas. Se consideran dos grupos principales de evaluación, que corresponden a la Gestión Clínica (aspectos sanitarios propiamente tales) y a otros aspectos que consideran la Red Asistencial, Hechos relevantes, actividades innovadoras y Gestión Interna (Informática y Finanzas), detallado²⁹ a continuación:

8.4.1 Gestión Clínica

Dentro de esta área existe multiplicidad de evaluaciones debido a la amplia gama de programas que la Dirección desarrolla, destacando los siguientes:

- Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS): Dentro de este índice se encuentran dos ámbitos, dependiendo del énfasis de la medición respectiva.
 - Actividad general, dentro del cual se encuentran, entre otras, medidas del cumplimiento del Plan de Salud, la Cobertura de actividades preventivas tanto en hombres, mujeres, adulto mayor y embarazadas, etc.
 - Cumplimiento Plan Comunal de Salud: Comprende una canasta básica de prestaciones (no detallada) y el Plan de Capacitación, ambos con un cumplimiento del 100% a Agosto de 2010.
 - Cobertura de actividades preventivas: Evalúa el cumplimiento de la realización de Examen de Medicina Preventiva tanto a hombres, mujeres, adultos mayores y embarazadas, dándose un cumplimiento satisfactorio (100%) tanto en el caso de las mujeres y de las embarazadas, mientras que en los casos de hombres y adultos mayores existen cumplimientos que rondan el 78% de la meta inicial, todo a nivel comunal.
 - Componente de cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES): Este aspecto se refiere a la cobertura que se da en los Centros de Salud de las patologías que establece el régimen GES. En este aspecto, la

²⁹ Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo, Plan Comunal de Salud 2011-2013.

comuna exhibe desde la instauración de dicho régimen un cumplimiento del 100%.

- Metas Sanitarias: Corresponden a una serie de 12 aspectos que son regulados por el MINSAL y cuyo cumplimiento lleva asociado una asignación monetaria especial para los funcionarios de la Dirección, a nivel de cada Centro de Salud (en caso que un Centro de Salud no logre la meta, a pesar de que la comuna en promedio sí lo haga, no recibe dicha bonificación). Algunos de los aspectos evaluados por estas metas se presentan a continuación.
 - Cobertura Examen PAP en mujeres de 25 a 64 años, orientado a la detección temprana del cáncer cervicouterino, con un cumplimiento comunal de 94%, no obstante existe gran variabilidad entre los Centros de Salud.
 - Compensación de diabéticos e hipertensos de 20 años o más, dándose un cumplimiento satisfactorio para ambas patologías, a nivel comunal.
 - Obesidad infantil (niños menores a 6 años), se observa un cumplimiento satisfactorio también, pero cercano al umbral de aprobación.
 - Gestión de reclamos, basado en el hecho de que no solamente se debe cumplir con estándares sanitarios sino que también de gestión local. Esta meta pretende que todos los usuarios estén agrupados en cada Centro de Salud bajo un Consejo de Desarrollo Local (CDL). En este aspecto se tiene que el 100% de los CDL cumplen con el funcionamiento requerido.
- Chile Crece Contigo: Este programa está orientado a la protección de la primera infancia y considera ciertos indicadores para evaluar su cumplimiento.
 - Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada (EPSA), orientada a detectar situaciones de riesgo psicosocial prenatal, ya sea abuso de sustancias psicotrópicas, violencia de género u otros. Se tiene un cumplimiento del 100% de cobertura de las gestantes en todos los Centros de Salud de la comuna.
 - Control de binomio Madre-niño, orientado a evaluar las condiciones en que se encuentren madre e hijo, detectar depresión postparto inicial, dar apoyo para lactancia, consejería, entre otros. En este aspecto, la comuna muestra un cumplimiento de un 97,5% de los binomios de la comuna al año 2010, siendo la meta el 100% de ellos.
 - Otros, como detección de depresión postparto a los 2 y 6 meses de edad del niño (cumplimiento satisfactorio), detección y apoyo a niños con déficit en el desarrollo psicomotor (cumplimiento del 86,2%), etc.

- Actividades enmarcadas dentro del programa de resolutivead: Orientadas a resolver en el nivel local, cercano a la comunidad, problemas que usualmente requerían de una derivación hacia el nivel secundario y terciario de salud, evitando traslados molestos y largas esperas a los usuarios.
 - Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Esta unidad tiene un cumplimiento satisfactorio según la Dirección de Salud, visible en el hecho de que a Agosto de 2010 cumplió con el 61% de las actividades comprometidas para el año, exhibiendo una perspectiva positiva hacia el resto del año.
 - Cirugía Menor, orientada a resolver problemas típicos de resolución quirúrgica pero de baja complejidad y ambulatorios, como es el caso de las atenciones dermatológicas. Análogamente al caso anterior, exhibe un cumplimiento a Agosto de 2010 de un 64% de los procedimientos comprometidos al año 2010.
- Programa de salud mental integral en APS y programa de apoyo a planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y sustancias psicotrópicas
- Programa de reforzamiento y resolutivead odontológica en APS
- Programa de salud respiratoria del adulto
- Programa de salud respiratoria del niño
- Estrategia de rehabilitación integral y comunitaria
- Producción

8.4.2 Red Asistencia y Gestión Interna

- Red Asistencial

Este aspecto de evaluación se preocupa de cuantificar la interacción y nivel de derivación que el nivel primario tiene con los niveles superiores de atención en salud. Como se dijo anteriormente, el nivel primario es la puerta de entrada al sistema de salud público, siendo éste quien derive al nivel secundario a las personas que, dado su problema de salud, así lo requieran.

El procedimiento de derivación se realiza mediante un documento denominado “interconsulta”, generado por el profesional de salud que diagnostica al usuario. De este modo, el conjunto de todas las interconsultas generadas por el nivel primario se denominan “demanda”, la que es contrastada con la “oferta” que el nivel secundario realiza (disponibilidad tanto de recursos como de horas de profesionales).

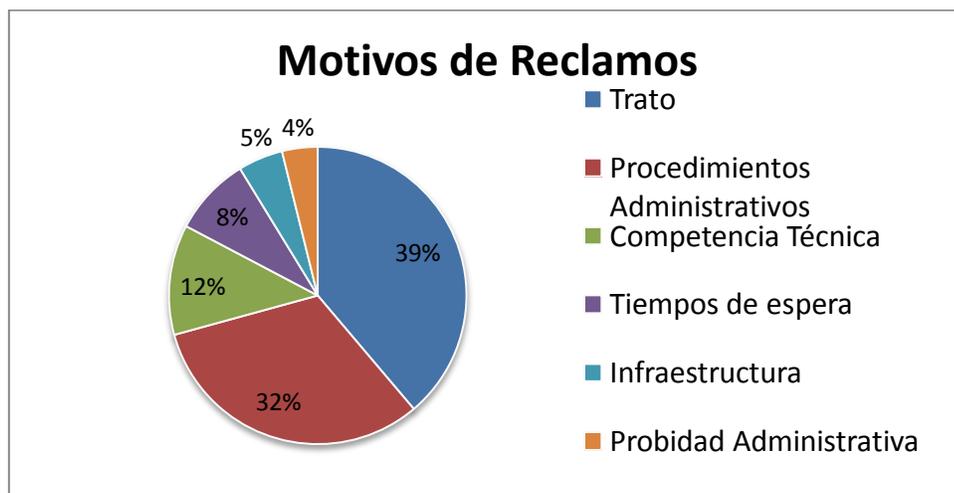
La Dirección de Salud menciona en su Plan de Salud que el porcentaje de derivación debiera ser de un 10%, dándose un promedio de 16% real. Por otra parte, la satisfacción de demanda sólo ha alcanzado un 33% durante los años 2007-2009, siendo el ideal un 100%, mostrando la necesidad de inyectar mayores recursos al sistema de salud con tal de ampliar la cobertura de la demanda generada, tanto en el nivel primario para aumentar y mejorar su resolutivez, como al nivel secundario y terciario para aumentar su capacidad de cobertura de la demanda insatisfecha.

- Participación Ciudadana

En este punto se analiza el contacto con los usuarios, a través de la gestión de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que es la instancia que permite conocer la percepción que tienen los usuarios sobre la atención en salud, la calidad de las instalaciones, el trato de los funcionarios, etc.

Se observa que de todos los comentarios ingresados entre Enero y Agosto de 2010 (748 solicitudes), la mayor parte son reclamos (492, un 65,7%), seguido de 227 felicitaciones (un 30,3%) y 29 sugerencias (3,9%). Dentro de los reclamos, el motivo preponderante es el trato, que corresponde al 39% de ellos, seguido del ítem “procedimientos administrativos” con un 32%. Para mayor detalle de los motivos de reclamo se exhibe el siguiente gráfico:

Gráfico 7: Motivos de Reclamo OIRS



Fuente: Plan Comunal de Salud 2011-2013.

Un punto importante de destacar es que el 93,1% de estos reclamos han sido respondidos dentro de 20 días hábiles, cumplimiento satisfactorio para la Dirección de Salud según estándar (no indicado) impuesto por el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

- Informática

Más que una evaluación, en este capítulo se rinde cuenta sobre el grado de avance y de uso de los sistemas de información con que cuenta la Dirección y sus establecimientos. En particular, se da a entender que no se ha logrado conectividad total entre todos los centros, teniendo en calidad de operativos los sistemas en 10 establecimientos (de un total de 16), a Agosto de 2010.

- Finanzas

Este capítulo contiene lo ya expuesto en los apartados precedentes sobre el financiamiento y sobre la situación patrimonial de la Dirección (8.2.2 y 8.2.3).

8.5 Diagnóstico

En este punto se presenta el diagnóstico realizado a la Dirección de Salud, exhibiendo tanto el análisis interno realizado (resumido en las fortalezas y debilidades) como también el análisis externo (oportunidades y amenazas del entorno). Se detallarán cada uno de los 4 puntos previos, para posteriormente sintetizar en una matriz FODA de modo de resumir dicho diagnóstico y generar una visión global de lo anterior.

- **FORTALEZAS**

En primer lugar una de las fortalezas de la Dirección de Salud es su interés en mejorar la gestión, visible en múltiples iniciativas de mejora de ella, como por ejemplo la construcción de los perfiles de cargo y manual de procedimientos, medida impulsada por la Dirección y ejecutada por el Departamento de Recursos Humanos. La idea de esta medida es tener todos los cargos, tanto de la Administración Central como de los establecimientos dependientes, analizados junto a su descripción de modo de poder contar con información fidedigna a la hora de examinar el desempeño de cada funcionario pero, sobre todo, poder conocer mejor qué puntos mejorar, reforzar o modificar. Esto en directo beneficio de los usuarios, especialmente en los cargos más críticos de los Centros de Salud. Ciertamente esta iniciativa, como se verá posteriormente, ha sido integrada como una de las actividades clave para los objetivos de la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento del CMI, pues permite orientar mejor los recursos (tanto humanos como físicos y monetarios) a la hora de planificar las capacitaciones a futuro y posibles rediseños.

Otra de las iniciativas de mejora de la Dirección es la creación del “Equipo Gestor de Interconsultas”. Como se mencionó en el punto 8.4.2, los usuarios cuyo problema no puede ser resuelto en el nivel primario de atención son derivados al nivel secundario, quedando éste a espera de un cupo en dicho nivel, cuando dicho problema pueda esperar (no urgencia). Para mejorar el sistema de referencia y contra-referencia es que la Dirección implementó el Equipo Gestor de Interconsultas, encargado de facilitar las labores de coordinación entre ambos niveles de atención.

Un punto importante a la hora de evaluar la gestión de la Dirección de Salud (y de cualquier organización que presta servicios de salud) es el impacto sanitario que tengan sus prestaciones. En el caso de la Dirección esto se evalúa mediante el cumplimiento de las metas sanitarias, elaboradas por el MINSAL y de cuyo éxito depende, entre otras cosas, una asignación monetaria adicional. San Bernardo exhibe cumplimiento satisfactorio de dichas metas, factor que exhibe el buen desempeño de las acciones desplegadas por la Dirección.

Por otra parte, el contacto con los usuarios es un factor positivo y bien desarrollado por la Dirección, visible esto en la coordinación permanente con los CDL de cada centro de salud, en las capacitaciones permanentes para su funcionamiento y, especialmente, con la inclusión de éstos en el Diagnóstico Participativo en Salud, instancia en la cual los distintos CDL de la comuna propusieron, argumentaron, seleccionaron y priorizaron sobre los diversos problemas y condicionantes de salud que los aquejan. Mediante esta instancia se seleccionaron los problemas que los usuarios consideraron más relevantes a la hora de diseñar estrategias en salud, con el objeto de nutrir el Plan Comunal de Salud, ganando éste en representatividad y en la probabilidad de éxito que tenga dado el conocimiento y experiencia reflejados en el Diagnóstico que sirvió como base.

- **DEBILIDADES**

La escasa alineación que exhibe la Dirección es un punto considerable a mejorar en cuanto no favorece la cooperación entre sus funcionarios y favorece la insularidad, en la medida que cada departamento busca su propio “bienestar” a través del cumplimiento de sus metas, sin considerar que la Dirección completa debe cumplir con ciertos objetivos, no definidos todavía dentro del marco de evaluación adecuado.

A pesar de que existe un cumplimiento satisfactorio de las metas sanitarias, el control que la Dirección de Salud realiza es parcial y, sobretodo, cortoplacista. Ello se refleja en que las evaluaciones son hechas a cada programa o ciclo vital, no existiendo una evaluación integral a nivel de toda la organización. Si bien esto puede ser positivo

para focalizar los esfuerzos, nuevamente favorece la insularidad pues no permite aunar esfuerzos ni tampoco alinear a la organización, como se comentó en el párrafo anterior.

La situación presupuestaria de la Dirección es otro punto débil de su gestión. No obstante este factor es importante debido a que se debe cuidar el patrimonio tanto propio como el comunal, se tiene una situación en que, dado el carácter público de la organización, no se persigue ánimo de lucro y por tanto no debiera generar utilidades. Es necesario considerar un punto importante a la hora de analizar el déficit: existe un incentivo perverso hacia la generación de déficit pues, si la Dirección no ocupa todos los recursos que le son asignados vía presupuesto, éstos no le son renovados para el período siguiente pues se considera que el no ocuparlos (o redestinarlos a gasto en el futuro) exhibe la falta de necesidad que la Dirección tenga de ellos. Siendo así, existe una situación en que, si bien ha de existir cierto déficit, éste no debiera ir en aumento constante y sostenido.

No obstante lo anterior, es útil considerar un aspecto que debiera disminuir en cierto grado la responsabilidad de la propia Dirección en el déficit generado. Como se mencionó en el punto 8.2.2 al hablar de los estudios sobre la asignación per cápita que realiza el MINSAL, parte importante del déficit se debe a que dicha asignación no cubre todos los costos que genera la administración de la Atención Primaria. Siendo así, el municipio debe cubrir, en la medida que su capacidad le permite, los costos en que incurre la Dirección, ahondando en el déficit que ella tiene pues no necesariamente dicha cobertura es satisfactoria.

Finalmente se ha de mencionar el trato al usuario pues a pesar que existe una buena comunicación a través de los CDL, parte importante de los usuarios piden una mejora en el trato, como se pudo ver en el porcentaje que este tópico representa dentro de la totalidad de reclamos. La Dirección ha tomado conciencia a través del diálogo con los CDL de la importancia de este punto y, por tanto, busca generar estrategias que permitan mejorar el trato que se brinda al usuario, siendo parte importante también del CMI que se presentará en las siguientes secciones.

- **OPORTUNIDADES**

Una de las oportunidades relevantes para la Dirección es que actualmente existen múltiples herramientas que pueden contribuir a la mejora de la gestión, ya sea innovando en las formas y procedimientos como también ayudando a sistematizar las buenas prácticas ya existentes. Es en este marco que el CMI presenta características útiles pues contribuye a tomar los elementos positivos de gestión y buenas prácticas dentro de un marco que los ordena y permite organizar y planificar sus resultados como también su evolución.

Otro punto importante es que las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), análogamente al párrafo anterior, contribuyen a mejorar la gestión. Es así que en organizaciones como la Dirección de Salud, que debe monitorear el funcionamiento de más de 10 establecimientos de salud en la comuna, las TIC permiten llevar un ordenamiento de la información generada desde dichos establecimientos, colaborando a la mejor administración de ella y facilitando, de este modo, su análisis y posterior utilización, a través de la interconexión entre los establecimientos, centralización de la información y tratamiento estadístico adecuado.

Otra de las oportunidades que ofrece el entorno y que son relevantes para la Dirección es la experiencia previa de aplicación del CMI a instituciones de salud. En particular en esta memoria se citaron 2 experiencias previas de utilización del CMI, ambas con resultados positivos y que muestran que, si se realiza un adecuado trabajo de adaptación y de estudio es factible utilizar dicha herramienta en una organización como la Dirección de Salud. Nuevamente es relevante mencionar que parte importante del éxito de dicha implementación (y característica común a las 2 implementaciones exitosas presentadas previamente) es adaptar la herramienta al contexto en que se pretende implantar, pues la simple adopción sin mayores cuidados no garantiza el buen funcionamiento de dicha herramienta e incluso puede predisponer a su fracaso por no reconocer el contexto en que dicha herramienta será instalada.

- **AMENAZAS**

Una de las amenazas relevantes para la Dirección es la naturaleza política de la designación de autoridades, pues en particular el cargo de Director(a) de Salud depende de la autoridad edilicia. Esto determina un escenario en que es muy difícil y poco factible realizar planificaciones a largo plazo, por lo menos a períodos superiores a 4 años, pues dicha planificación puede ser alterada en cuanto la jefatura cambie y determine que es necesaria dicha modificación. Esto conlleva un incentivo perverso a realizar control cortoplacista y, por tanto, no favorecer la continuidad de las políticas que se puedan implementar (más allá de los requerimientos del MINSAL que sí deben ser mantenidos, mientras la autoridad ministerial lo determine).

Otro factor a considerar es la discrecionalidad de los aportes municipales al presupuesto de la Dirección. En Chile no existe una normativa que obligue a los municipios a destinar cierto porcentaje de sus recursos a la atención primaria ni tampoco a financiar determinado monto de los presupuestos de los organismos que ellas mandaten para administrar la APS, siendo de libre determinación del municipio decidir cuántos recursos dedica a ella, no obstante dichos aportes respondan a algún determinado mecanismo (costos históricos, asignación per cápita, etc.).

Finalmente, existe una amenaza que recae en la Dirección de Salud no por su actividad en sí sino que por la calidad de receptora de recursos públicos, que corresponde a la creciente demanda de la ciudadanía por eficacia y eficiencia en la utilización de dichos recursos. Es importante destacar que esta demanda se expresa sobre muchas organizaciones públicas y dada la naturaleza de la actividad de la Dirección (como administradora de la salud municipal) su efecto se reafirma, especialmente tomando en cuenta que su quehacer recae sobre los grupos más vulnerables de la población (usuarios del sistema público de salud). Siendo así la Dirección debe tomar las acciones que tenga a su alcance para utilizar de la mejor forma posible dichos recursos y para mejorar su uso, tendiendo a la eficiencia y a una mayor transparencia, que mejore su vinculación con la sociedad y genere confianzas mutuas.

Los 4 puntos descritos anteriormente, tanto los del análisis interno como los pertenecientes al análisis del entorno de la Dirección, son sintetizados en la siguiente matriz FODA:

Cuadro 2: Matriz FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples iniciativas para mejorar la gestión. • Cumplimiento satisfactorio de metas sanitarias. • Diálogo creciente y fluido con la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control existente es parcial y cortoplacista. • Misión y Visión escasamente asimiladas (no hay alineación organizacional). • Déficit presupuestario en aumento. • Trato deficiente a los usuarios de los CES.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Herramientas de gestión moderna sistematizan buenas prácticas ya existentes. • TICs facilitan gestión en red de los establecimientos y ayudan a mejorarla. • Experiencia previa de aplicación del CMI en instituciones de salud ha sido satisfactoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios cada 4 años (autoridades) dificultan la continuidad de la gestión. • Discrecionalidad en los aportes municipales debilita la situación presupuestaria. • Presión ciudadana creciente por mayor transparencia, eficacia y eficiencia en el gasto.

Fuente: Elaboración Propia

Debido al anterior diagnóstico se cree que es necesario abordar un diseño que incorpore las fortalezas existentes y que aproveche las oportunidades del entorno, buscando disminuir las debilidades y desarrollar cierta inmunidad antes las amenazas externas. Lo primero para este rediseño será reformular tanto los lineamientos estratégicos como los objetivos declarados por la Dirección, de modo de poder establecer los cimientos sobre los cuales posteriormente ha de construirse el sistema de control de gestión que esta memoria comprende.

9. REFORMULACIONES

El primer paso para la construcción del sistema de control de gestión propuesto es establecer los lineamientos estratégicos y los objetivos que ha de perseguir la Dirección de Salud durante los próximos años. Siendo así, se presenta en primer lugar consideraciones respecto a los objetivos declarados por ella en su Plan Comunal de Salud 2011-2013 (punto 8.3.3) para luego complementar con los lineamientos estratégicos (punto 8.3.2) presentados en el mismo documento, pero reformulados según se ha considerado necesario.

9.1 Objetivos

Cada uno de los 12 objetivos presentados en el punto 8.3.2 responden a una serie de anhelos que la Dirección de Salud tiene, orientados a cumplir su misión y visión, lo que permite desagregar dichos objetivos en una serie de temas que, sintetizados, conducen a su redefinición. Resulta relevante referir dichos anhelos dentro de cada objetivo justamente para nutrir la posterior redefinición. A continuación se presentan los anhelos, identificados en base tanto a las conversaciones y entrevistas con miembros de la Dirección, a la revisión de políticas del MINSAL y a la realidad de la comuna de San Bernardo, sus habitantes y el contexto en que ellos se desenvuelven:

1. Mejorar el acceso y oportunidad de la atención en salud:
 - Disminuir las dificultades de acceso a los Centros de Salud para toda la comunidad.
 - Asegurar dicho acceso a los grupos de riesgo y en casos de urgencias.
 - Atender con prontitud a la comunidad.
2. Desarrollar Centros de Salud amigables:
 - Contar con servicios de saneamiento y atención dignos, cuidando respetar la privacidad y bienestar de las personas.
 - Señalética adecuada.
 - Trato personalizado y amable al usuario.
3. Incorporar estándares de calidad:
 - Mejora continua en todos los niveles.
 - Satisfacción tanto de usuarios como de clientes internos.
4. Consolidar el Modelo de Salud Familiar:
 - Incorporar buenas prácticas y mejores instalaciones a todos los Centros de Salud.

- Elevar estándares de atención.
 - Mejorar la relación usuario-equipo médico.
5. Incorporar nuevas tecnologías:
- Agilizar procesos de recepción y atención.
 - Facilitar la gestión y su control tanto en los Centros como en la Administración Central.
6. Disminución de brechas de infraestructura y mejorar espacios laborales:
- Entregar espacios de calidad de manera equitativa a toda la comuna.
 - Dotar de mejores condiciones a los funcionarios.
7. Desarrollar políticas de Recursos Humanos:
- Mejorar procesos de reclutamiento, selección e inducción.
 - Construir perfiles de cargo y manuales de procedimiento.
8. Desarrollo de competencias técnicas y habilidades: Plan de capacitación acorde a las necesidades de la comuna:
- Fortalecer el enfoque de Salud Familiar.
 - Resolver brechas existentes para mejorar el desempeño.
9. Desarrollar herramientas de supervisión y monitoreo de la gestión clínica:
- Estar al tanto de la gestión y sus resultados.
 - Facilitar el diagnóstico, análisis y posibles rediseños.
10. Lograr un equilibrio presupuestario (impacto financiero, sanitario y producción):
- Asegurar los impactos sanitarios buscados.
 - Consensuar impacto financiero con logros sanitarios.
11. Fortalecer políticas de participación social en salud en la comuna:
- Identificar problemas e insatisfacción usuaria.
 - Construir, a partir de lo anterior, una política de satisfacción usuaria en diversos ámbitos como atención, trato, acceso, etc.
12. Potenciar el trabajo intersectorial:
- Crear conciencia de que la salud es un resultado de múltiples factores.
 - Abordar la estrategia de Atención Primaria desde un enfoque multidisciplinario.
 - Colaborar a mejorar resultados desde múltiples ámbitos de acción.

Todos estos anhelos se pueden englobar en una nueva serie de objetivos, que trata de recogerlos y sintetizarlos, los que serán presentados junto al Cuadro de Mando Integral. Así también se han “elevado” ciertos objetivos a la categoría de lineamientos estratégicos, resaltando su importancia en el marco de los lineamientos que dicta el MINSAL de acuerdo a sus políticas estratégicas, como lo es la Consolidación del Modelo de Salud Familiar en todos los Centros de Salud del país.

9.2 Lineamientos Estratégicos

En primer lugar es relevante mencionar que las definiciones estratégicas de misión y visión se han conservado debido a que cumplen con lo que de ellas se espera: mostrar qué se quiere lograr, cómo se desea hacer ello y hacia dónde apunta la organización. Si bien carecen de alineamiento dentro de la Dirección, son consistentes con lo que se busca y por tanto, más que una redefinición de ellas, lo necesario es un trabajo de difusión dentro de la organización.

Los nuevos lineamientos estratégicos se escogieron en base a criterios como la relevancia de ellos respecto a lo que pretende realizar la Dirección de Salud a futuro, concordancia con la misión, visión y también con los lineamientos y políticas del MINSAL en el área de la Atención Primaria. En particular se decidió mantener los 2 lineamientos que la misma Dirección planteó, agregándole un tercero correspondiente a la consolidación del Modelo de Salud Familiar, debido a la importancia de éste a nivel de política pública del MINSAL.

- **Eficiencia y eficacia en las acciones de salud:**

Tendiente a cumplir con los requerimientos de la comunidad que recurre a los Centros de Salud con el objeto de solucionar su problema. También constituida por el anhelo de lograr mayor eficiencia, tendiente a reducir el importante déficit financiero con el cual trabaja la Dirección de Salud.

- **Desarrollo del capital humano:**

Orientado al desarrollo de competencias, incorporación de buenas prácticas y consolidación de un equipo humano que logre hacer realidad las declaraciones de misión y visión en que destaca la entrega de servicios de calidad, tanto en lo meramente “médico-sanitario” como en el trato que se le dé al usuario.

- **Consolidación del Modelo de Salud Familiar:**

Este lineamiento responde a un anhelo importante de la Dirección pero, más que nada, a una política nacional establecida por el MINSAL que implica el mejoramiento de instalaciones, la especialización del equipo médico y su adaptación a un nuevo entorno que demanda cambios en la forma de trabajar, tanto a nivel técnico como de infraestructura y de sistema.

Una vez presentados los 3 lineamientos estratégicos corresponde presentar el mapa estratégico, que engloba y da un marco a la gestión que deba realizarse en la Dirección, exhibiendo las bases para una consecución de la misión y visión planteadas.

10. MAPA ESTRATÉGICO

El mapa estratégico tiene la virtud de mostrar y explicitar la estrategia que debe seguir la organización para alcanzar su misión y visión, trabajando en una secuencia que utiliza inductores de los resultados deseados. Ello es importante rescatarlo debido a que el presente mapa utiliza precisamente una estructura basada en resultados o estados deseados, dentro de cada cual se mencionan los objetivos específicos correspondientes a cada perspectiva. Son estos objetivos los que constan de una métrica asociada, metas de cumplimiento y actividades que han de facilitar su consecución, materia desarrollada con toda la amplitud correspondiente en el punto 11 (Cuadro de Mando Integral).

Otro punto importante que se debe recalcar son las relaciones causales que se construyen entre los estados deseados de cada perspectiva del mapa. Son éstas las que revelan las estrategias a seguir de cara al éxito de la organización pues evidencian la necesaria construcción de una base (activos intangibles) que facilita la consecución de los resultados intermedios, que actuarán como inductores de los resultados finales.

En el caso particular del mapa diseñado para la Dirección de Salud, se realizó una modificación al diseño original de Norton y Kaplan, pues se alteró el orden de ciertas perspectivas. Entendiendo que la Dirección es una institución sin fines de lucro y que por tanto la creación de valor que ella realiza se refleja mejor en los resultados que la comunidad percibe es que se utilizó dicha perspectiva de la comunidad como la más relevante, relegando la perspectiva financiera (postulada como la principal para organizaciones con fines de lucro) a una de tipo “inductora” de resultados posteriores, especialmente teniendo en cuenta que la administración de recursos financieros es un punto importante, pero no el principal, para la Dirección, como sí lo es el de resultados sobre la comunidad.

El mapa diseñado para la Dirección de Salud se expone a continuación:

Figura 3: Mapa estratégico Dirección de Salud



Fuente: Elaboración propia

La estructura del mapa muestra que la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento es la base sobre la cual aquel se estructura, puesto que se centra en los aspectos relativos a los activos intangibles de la organización, principalmente en cómo debieran ser sus funcionarios (competentes, integrados como un solo equipo y orientados al usuario), distinciones que los autores del CMI denominan de “capital humano” y “capital organizacional” (agregan una tercera, la de “capital de información” que en este diseño no fue utilizada)³⁰. Con esta base se estructuran las relaciones causales que han de proveer los inductores adecuados de los resultados finales presentes en la perspectiva de la comunidad.

Posteriormente, se visibiliza la perspectiva Financiera, que resume su funcionamiento óptimo en la administración eficaz de los recursos de que dispone. Ello

³⁰ KAPLAN, R. y NORTON, D, op. cit., p. 239

se desglosa posteriormente en dos objetivos que explicitan qué se entiende por administración y empleo eficaz de dichos recursos, destacando el impacto positivo que tiene éste sobre la realización adecuada de los procesos llevados a cabo por la Dirección, que son los antecedentes inmediatos de la perspectiva de la comunidad.

En la tercera perspectiva (ascendente) se encuentra la de Procesos Internos, que destaca tres claves: una atención adecuada y eficaz, programas relevantes y oportunos ejecutados de manera correcta y finalmente un diálogo fluido con la comunidad. El diseño contempla que una realización correcta de estos tres procesos conducirá al cumplimiento del propósito de la Dirección, plasmado en la perspectiva siguiente, de la Comunidad.

Finalmente, se destaca la perspectiva de la Comunidad, representada por tres estamentos distintos que interactúan y ejercen como mandantes de la Dirección de Salud, exhibiendo intereses y demandas comunes pero no con la misma importancia para cada actor:

- El Municipio, quien delega a la Corporación Municipal y por consiguiente a la Dirección de Salud la administración de los establecimientos de APS de la comuna, a quien le interesa que los servicios entregados por ella sean de calidad, eficaces y provoquen satisfacción en los usuarios.
- El Ministerio de Salud (MINSAL), quien dicta los lineamientos estratégicos, normas técnicas y aspectos regulatorios en el aspecto sanitario y de administración de la APS, que está preocupado principalmente de que a través de ella se cumpla con las metas sanitarias impuestas.
- Los usuarios, quienes son los receptores de la administración de los Centros de Salud y, por consiguiente, de la atención en ellos prestada. Si bien a este actor le interesan también los mismos objetivos que persiguen los dos actores precedentes, existe un componente que en el diálogo con la Dirección ha surgido y tomado relevancia (y es el que se asigna finalmente en el diseño) que es el del trato. Por esto, se ha dicho que los usuarios tienen como factor principal una mejora del trato, que se complementa con los objetivos precedentes de atención satisfactoria y de cumplimiento de metas sanitarias.

En el mapa se ven graficadas las relaciones de precedencia y causalidad entre las cuatro perspectivas y entre los estados deseados exhibidos. Nuevamente es importante recalcar el aspecto secuencial y constructivo de dichas relaciones, pues existe un aspecto “formativo” en la perspectiva de base que induce determinados resultados en las etapas intermedias, las que a su vez facilitan el desarrollo de las etapas posteriores,

quienes finalmente deben hacer patente la realización y consecución de las metas de la Dirección de Salud.

Es relevante también mencionar el hecho de que existen ciertas relaciones causales (graficadas en las posteriores secuencias descritas) que comparten una base, la que evoluciona de acuerdo a cada secuencia en particular. Sin embargo esto resalta el aspecto formativo comentado anteriormente, debido a que la evolución posterior de las secuencias procede de dos bases: la existencia de funcionarios competentes y la integración de equipo que tengan los funcionarios de la Dirección. De éstas se derivarán las secuencias descritas a continuación y, por ende, son éstas quienes facilitarán el logro de la misión y visión de la Dirección.

Por otra parte es útil mencionar la doble causalidad que tienen ciertos resultados intermedios, esto porque dichos resultados no generan un impacto sobre un único determinado resultado posterior sino que actúan como catalizadores de más de un resultado, esto especialmente patente en la doble causalidad de la atención adecuada y eficaz como de la ejecución correcta de los planes y programas (ambos de la perspectiva de Procesos Internos): ellos actúan como inductores de la satisfacción usuaria (en cuanto los usuarios tienen la percepción de que su problema es resuelto) como también sobre el impacto sanitario, especialmente pensando en que dichos planes y programas son diseñados por el nivel central con el propósito de alcanzar el impacto sanitario buscado.

A continuación se exponen las nueve secuencias causales identificadas:

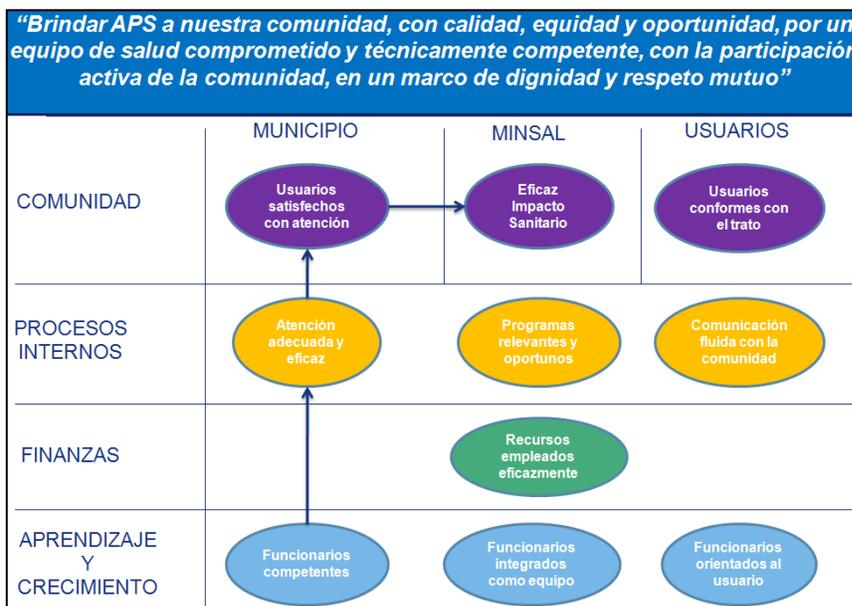
Secuencia 1

Contar con funcionarios competentes se orienta a que quienes trabajan en la administración de la APS (Administración Central de la Dirección de Salud) tengan una formación adecuada y pertinente a las labores que deben realizar. Siendo así, se facilita que la atención recibida por los usuarios en los Centros de Salud sea eficaz y adecuada a sus necesidades, pues parte importante del diseño y del resultado que éste tenga sobre la atención a los usuarios proviene de la Dirección, visto como ente central. Esto es especialmente visible, por ejemplo, en que los funcionarios encargados de diseñar los programas de capacitación para los equipos de salud sabrán hacia qué deben ir orientados estos planes y, por ende, los equipos de salud (quienes finalmente son la cara visible) tendrán un mejor desarrollo de sus propias competencias, con lo que atenderán mejor a los usuarios y entregarán un mejor servicio.

Se ve también que la atención adecuada que resulta del proceso anterior impacta positivamente en la percepción del usuario respecto a la solución de su problema (se siente satisfecho) y ello por ende impacta en un cumplimiento de los requerimientos sanitarios hechos por el MINSAL. Si bien esta causalidad no es directa y 100% efectiva (puede darse que los usuarios alcancen determinado nivel de satisfacción con la atención recibida pero el impacto sanitario buscado no se logre) existe sí una relación catalizadora: en la medida que los usuarios satisfagan sus necesidades en los establecimientos se estará dando un paso en pos del logro de las metas sanitarias.

Lo anterior se puede ver en la siguiente figura:

Figura 4: Secuencia 1



Fuente: Elaboración propia

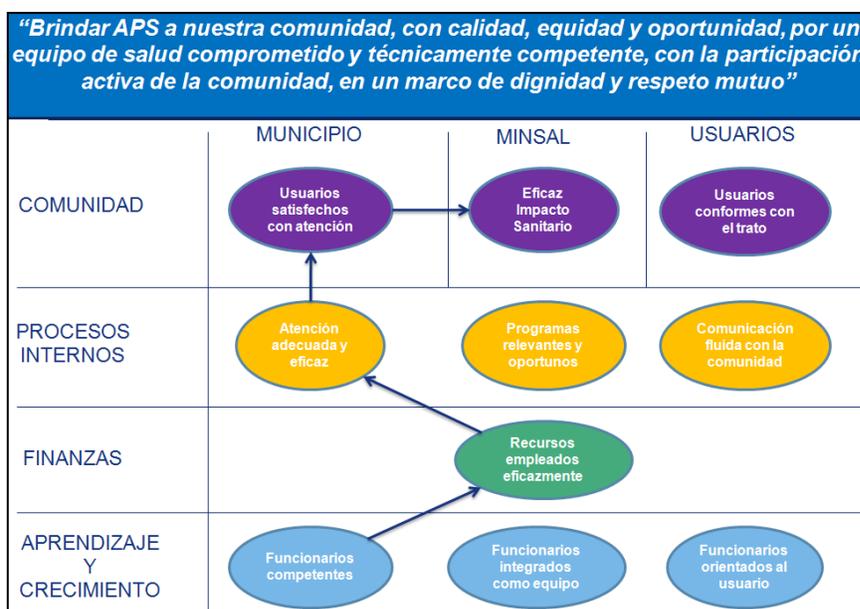
Secuencia 2

Esta secuencia tiene la misma base que la anterior, pero difiere en su evolución inmediata, como se dará en otras secuencias posteriormente. En particular, muestra que la formación adecuada de los funcionarios impacta directamente en la utilización eficaz de los recursos disponibles, debido a que manejan mejores herramientas para realizar sus labores, cuentan con alternativas ante situaciones complejas y por tanto contribuyen al manejo adecuado de dichos recursos. Al tener una administración adecuada de éstos, son dirigidos (y efectivamente empleados) a las áreas correctas y, por consiguiente, el gasto programado hacia actividades relevantes se lleva a cabo, como lo es en particular la atención adecuada y eficaz hacia los usuarios.

Una atención de calidad redundante positivamente en la satisfacción de los usuarios en la medida que ellos solucionan su problema de salud y ello a su vez va acompañado de un impacto en el aspecto sanitario favorable a los requerimientos ministeriales. Nuevamente es importante destacar la causalidad no directa sino que el aspecto catalizador y predictor que existe desde la satisfacción usuaria hacia el logro de las metas sanitarias

Ello es visible en la siguiente figura:

Figura 5: Secuencia 2



Fuente: Elaboración propia

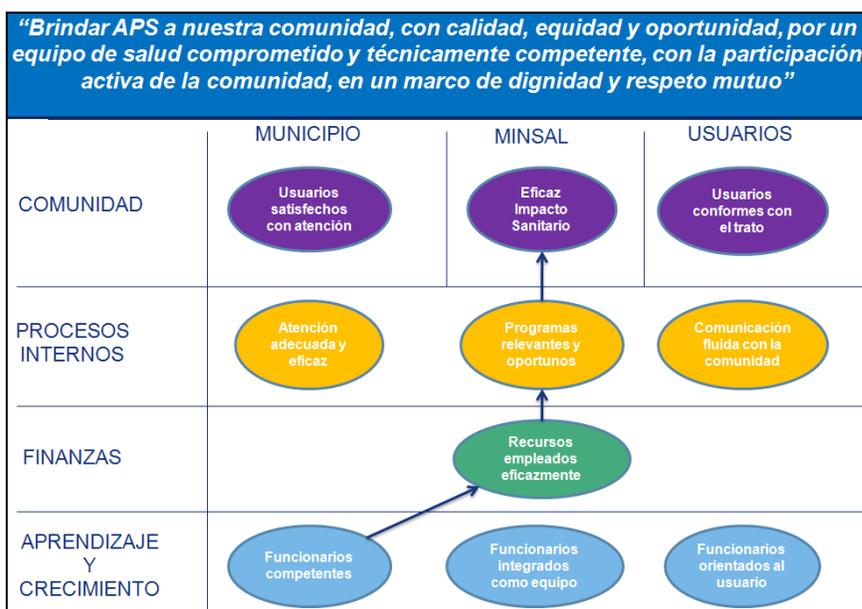
Secuencia 3

Nuevamente la base sobre la que se trabaja es la misma, viendo que la existencia de funcionarios competentes y la consiguiente utilización eficaz de los recursos repercuten en otro aspecto. En este caso se observa el efecto que produce tener funcionarios capacitados y competentes sobre el empleo eficaz de los recursos disponibles y el efecto que ello conlleva a su vez sobre la correcta ejecución de los planes y programas de la Dirección, cumpliendo con esto los mandatos y directrices emanadas desde el nivel central, explicitadas en las programaciones que supervisa el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Se ve que la efectiva ejecución de lo programado por la Dirección está orientada a facilitar el logro de las metas sanitarias, principalmente porque dicha programación está basada en los lineamientos y normas técnicas que el MINSAL dicta, por tanto es una forma patente de ver que dichas normas se cumplan.

Ello se ve en la siguiente figura:

Figura 6: Secuencia 3



Fuente: Elaboración propia

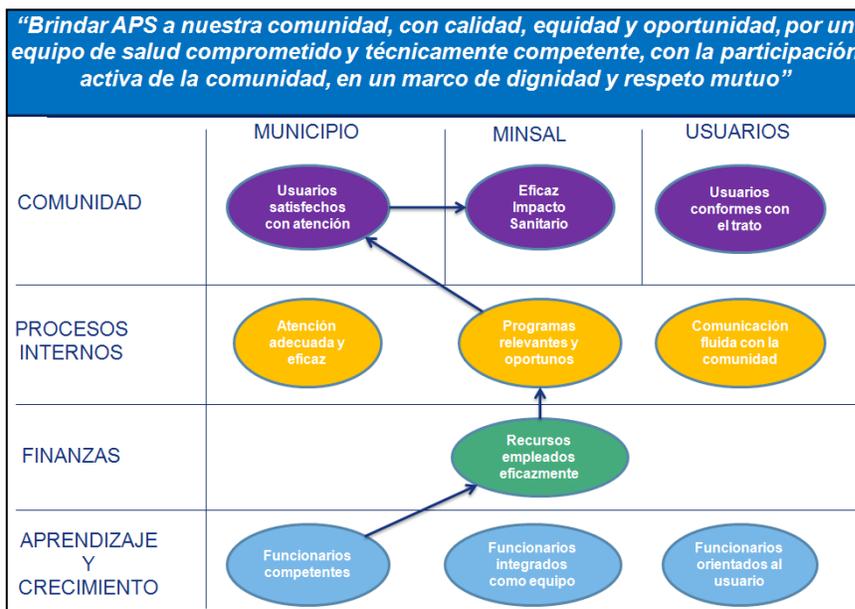
Secuencia 4

Esta secuencia presenta una causalidad similar a la anterior pero rescata la relevancia que tiene la ejecución adecuada de los planes programados por la Dirección de Salud, ya que una ejecución correcta y que cumpla con lo que se presupuestó inicialmente (en cuanto a prestaciones, impactos buscados, actividades asociadas) efectivamente provoca que los usuarios perciban un servicio que responde a sus requerimientos, justamente porque la programación hecha por el MINSAL y ejecutada por los establecimientos de la Dirección está orientada a la solución de los problemas de salud y, por ende, a la satisfacción usuaria.

La satisfacción usuaria se ve que nuevamente actúa como catalizador o facilitador del impacto sanitario perseguido por el MINSAL, viéndose cómo existe un doble camino para su logro: tanto directamente desde la ejecución correcta de la programación como desde la satisfacción usuaria (que, finalmente, es una de las dimensiones de impacto en la atención en salud).

Lo anterior se puede ver en la siguiente figura:

Figura 7: Secuencia 4



Fuente: Elaboración propia

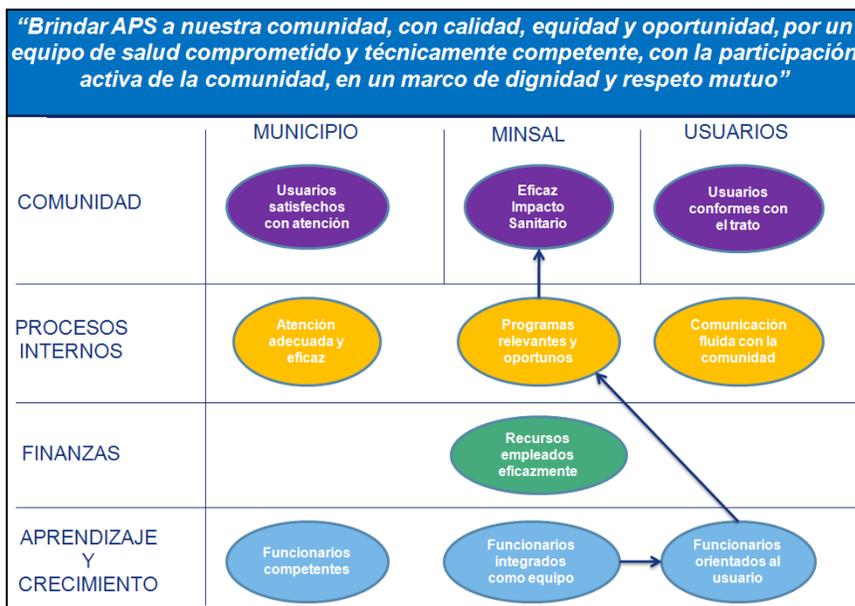
Secuencia 5

A partir de esta secuencia cambian las bases de las relaciones causales observadas. Es así que ahora el pilar de sustento es la existencia de funcionarios integrados como equipo y conscientes de ello. Dicha consciencia redundante en que haya mayor identificación con la labor realizada en pos de un objetivo final, plasmado en la misión y visión (orientación al usuario). Dado lo anterior, se puede ver que esta base trabaja más sobre la construcción de un sólido capital organizacional, más que sobre el capital humano en sí (si bien lo toma como uno de los elementos constituyentes).

Esta secuencia, análogamente a la secuencia 4, muestra la causalidad directa de la ejecución correcta de los planes y programas sobre el impacto sanitario, ahora basados en que la orientación al usuario estimula dicha ejecución correcta de los planes y programas, pues la atención prestada tiene presente en todo momento el propósito de ella.

Ello se puede ver en la siguiente gráfica:

Figura 8: Secuencia 5



Fuente: Elaboración propia

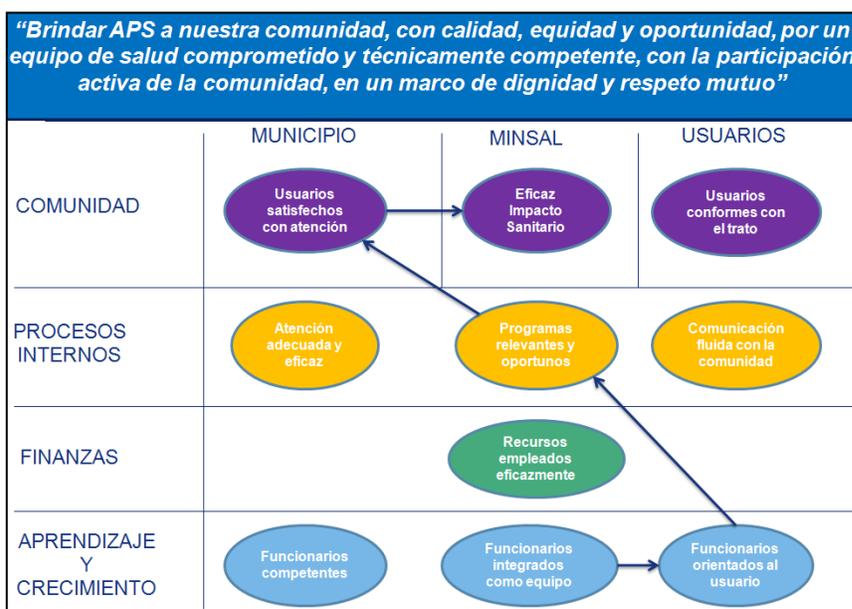
Secuencia 6

El estar conscientes de los propósitos buscados es apoyado por una orientación permanente al usuario, pues las tareas rutinarias y operativas tienen un sentido (no son en vano). De este modo, la orientación al usuario apoya una ejecución correcta de los planes y programas de la Dirección de Salud, lo que redundará en una mayor satisfacción usuaria y, por consiguiente, en un impacto sanitario favorable.

Como se puede ver, esta secuencia comparte un “eje” de causalidad con la anterior, sin embargo tiene una evolución distinta debido a que la ejecución correcta de los planes y programas de la Dirección tienen un impacto doble: permite que las metas sanitarias impuestas por el MINSAL tengan mejores perspectivas de cumplimiento como también permite que la satisfacción usuaria exhiba mejoras, no visto esto necesariamente como cumplimiento de indicadores “duros” sanitarios sino más bien desde un punto de vista cualitativo, en que los usuarios consideran que recibieron una atención efectiva que resuelve sus problemas.

En la siguiente figura se aprecia la secuencia 6:

Figura 9: Secuencia 6



Fuente: Elaboración propia

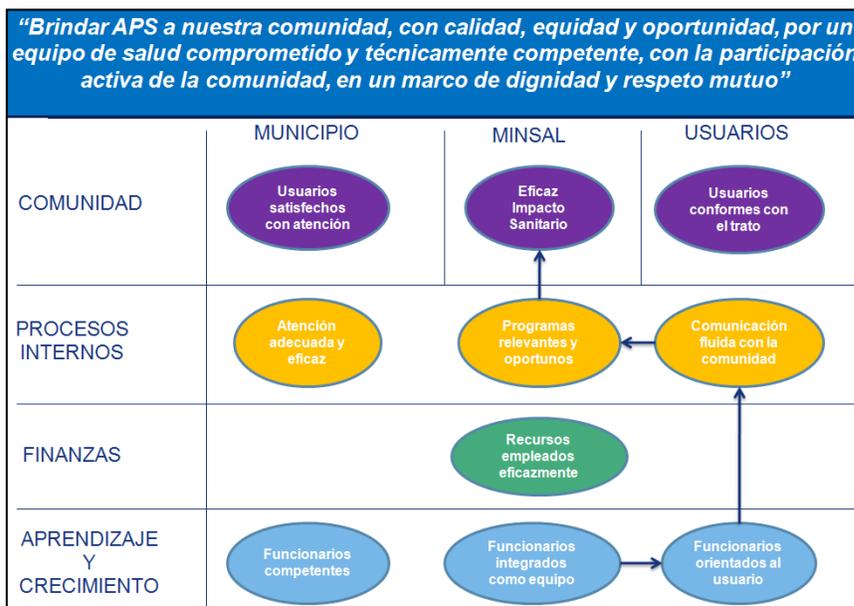
Secuencia 7

Esta secuencia, al igual que las dos subsiguientes, pone de manifiesto la relevancia del diálogo con las comunidades. La creación de un diálogo fluido con las instancias locales (Consejos de Desarrollo Local, CDL) permite que la Dirección tenga un conocimiento patente de cuáles son los problemas que aquejan directamente a los usuarios, las sugerencias que ellos plantean, las inquietudes que pueden existir como también saber qué cosas se realizan bien para mantenerlas y reforzarlas.

En esta secuencia se observa el impacto que tiene la orientación al usuario visible en que ello establece un sentido de priorización a conocer las demandas e inquietudes de la comunidad. A través de un diálogo permanente, fluido y que esté presente en la toma de decisiones, se pueden mejorar las problemáticas que atenten en contra de la ejecución correcta de los planes y programas y, por ende, mejorar el impacto sanitario buscado por el MINSAL. De este modo se contribuye al mejoramiento de la situación en salud y se concreta parte de la misión y visión formuladas.

Lo anterior se puede ver en la siguiente figura:

Figura 10: Secuencia 7



Fuente: Elaboración propia

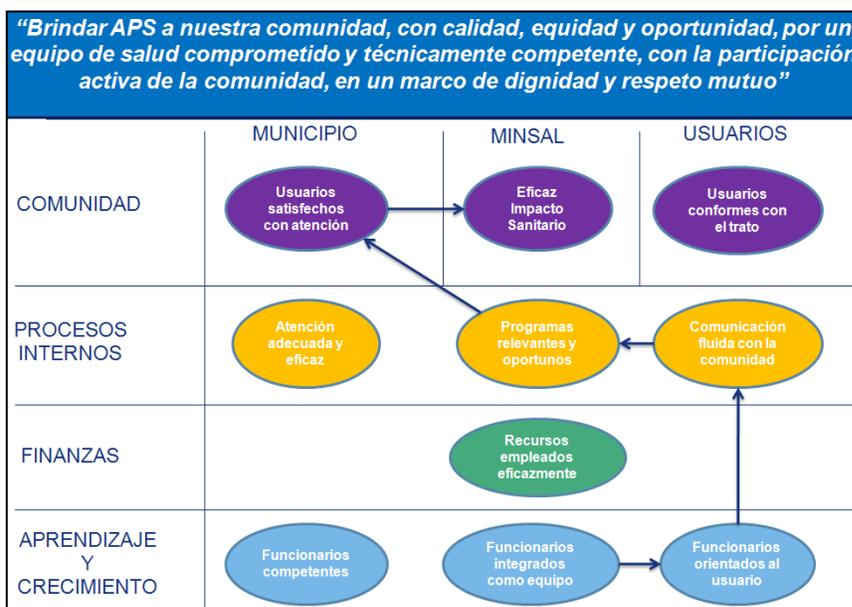
Secuencia 8

La orientación al usuario presente en los funcionarios repercute en que exista una preocupación por conocer sus problemas, demandas y opiniones. Para ello es necesario tener un diálogo permanente y fluido con las instancias destinadas a ello (CDL) que apoye la orientación y ejecución de los programas en cuestión. Dado este diálogo que apoya la necesidad de cumplir con los planes y programas, se tiene un impacto sobre la satisfacción usuaria y, por consiguiente, en el aspecto sanitario.

Nuevamente se observa que la ejecución correcta de los planes y programas de la Dirección tienen un impacto doble, tanto en la satisfacción usuaria como en las metas sanitarias y que a su vez la satisfacción usuaria actúa como catalizador del logro del impacto sanitario perseguido por el MINSAL.

Lo anterior se puede ver en la siguiente figura:

Figura 11: Secuencia 8



Fuente: Elaboración propia

Secuencia 9

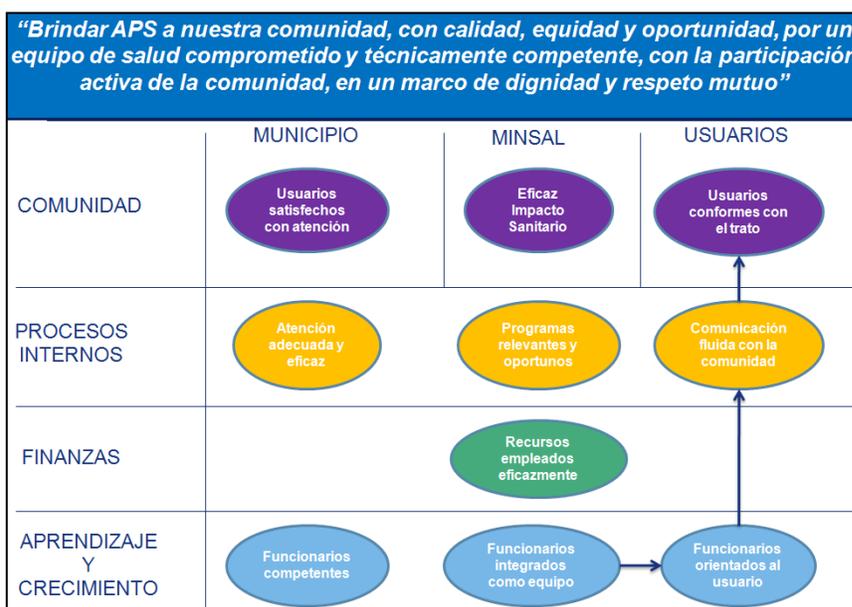
Esta última secuencia pone de manifiesto la relevancia del diálogo con las comunidades para resolver un tema muy relevante que es el trato al usuario. Se espera que el diálogo con las comunidades a través de sus estamentos representantes conduzcan a diagnosticar problemas en el trato, permitiendo a la Dirección implementar acciones tendientes a mejorarlo y de este modo contribuir a la consecución de la misión, en especial el logro de un marco de dignidad y respeto mutuo.

En la medida que la dimensión del trato al usuario sea comprendida por quienes actúan como caras visibles de la atención en salud, sea tomada en cuenta y sea asimilada como factor importante de la satisfacción usuaria, se mejorará dicha dimensión y se actuará en pos de lograr hacer patente y visible al usuario que no solo se le entrega un servicio médico que resuelva sus problemas físicos, sino que también se le entrega un servicio al cual acceda con confianza y agrado.

Esta dimensión pretende hacer visible que para el usuario no sea una molestia, más allá de lo desagradable que resulta sufrir alguna afección que provoca la asistencia al Centro de Salud, la atención que reciba en él.

La secuencia recién descrita se puede ver en la siguiente figura:

Figura 12: Secuencia 9



Fuente: Elaboración propia

11. CUADRO DE MANDO INTEGRAL

A partir del mapa estratégico se desprenden cuáles son los estados deseados de acuerdo a cada perspectiva del CMI. De cada uno de éstos se derivan los objetivos específicos, acompañados de una (o más) métrica(s) que permite(n) realizar seguimiento de él, como también una meta definida por la misma Dirección de Salud y actividades asociadas al cumplimiento de dicho objetivo.

Es importante recalcar el orden en que se presentan las perspectivas del CMI y el motivo de dicho orden. Debido a la causalidad expuesta previamente en el mapa estratégico y en cada una de las secuencias causales descritas es que se presenta inicialmente la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento, dado que ésta actúa como formadora y perspectiva de base del resto. Es así que ella incide sobre la perspectiva Financiera y la de Procesos Internos, quienes actúan como mediadores e inductores de los resultados finales que se persiguen, presentes en la perspectiva de la Comunidad, describiendo a lo largo de la presentación una relación de causa y efecto entre los inductores o catalizadores y los resultados finales.

En primer lugar se presentarán los objetivos derivados de cada uno de los estados deseados expuestos en el mapa estratégico, argumentado sobre su relevancia dentro del CMI y su propósito. Posteriormente, una vez presentados todos los objetivos de cada una de las cuatro perspectivas se presentarán los indicadores asociados, que permitan realizar el seguimiento a cada uno de los objetivos, acompañados de las metas definidas y de las actividades que se consideran necesarias para cumplir con ellas. En dicho apartado se mencionan también las dificultades encontradas para establecer los indicadores más idóneos, así como las soluciones que se tomaron y algunas ideas que se podrían desarrollar para subsanar dichos problemas, pero que están fuera del alcance de este trabajo.

11.1 Objetivos

11.1.1 Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento

- **Funcionarios competentes:**
 - Objetivo: Desarrollar competencias de funcionarios (AC1).

Destaca la necesidad y pertinencia de que los funcionarios de la Dirección de Salud (Administración Central) cuenten con las competencias necesarias y suficientes para desarrollar sus labores de forma satisfactoria.

Se destaca en el objetivo antes formulado que existe un impacto múltiple, tanto en la gestión y utilización correcta de los recursos presupuestarios disponibles como también en la misma atención que realicen los equipos de salud en los Centros dependientes de la Dirección. Sin embargo es necesario recalcar que este objetivo en particular se dirige a la formación y desarrollo de los funcionarios de la Administración Central. Posteriormente se exhibirá un objetivo similar al presente, pero orientado a los equipos de salud de los establecimientos.

- **Funcionarios integrados como equipo:**

- Objetivo: Fortalecer integración y diálogo interno (AC2).

Orientado al logro de una identificación, construcción de capital organizacional que contribuya a generar la conciencia de que los funcionarios desarrollan sus labores dentro de un contexto multidisciplinario y que está orientado a la mejora de la calidad de vida de los usuarios, debiendo para ello confluir muchas y diversas visiones, opiniones y personalidades.

La identificación e integración contribuyen a mejorar el ambiente de trabajo, construir un clima laboral agradable que a su vez repercute en mejores condiciones laborales. Siendo así, el trabajo diario se desarrolla en un marco que permite mejores desempeños de todos los funcionarios y por consiguiente se facilita el logro de los objetivos de la Dirección.

- **Funcionarios orientados al usuario:**

- Objetivo: Desarrollar cultura de servicio (AC3).

La acción que ejecuta la Dirección de Salud a través de los Centros que administra recae sobre la población, por lo que, al ser una “empresa de servicios” debe desarrollar una cultura *ad hoc* a ello. Es por lo anterior que debe existir en toda la organización un sentido de servicio hacia la comunidad, orientación al usuario y una serie de competencias asociadas (tolerancia a la frustración, capacidad de trabajar bajo presión, etc.).

Siendo así, el objetivo está orientado al logro de un “sentido” que permita conocer a los funcionarios el propósito de sus labores, trascendiendo del mero hecho de cumplir tareas rutinarias porque esté en un contrato o porque la jefatura lo exija.

11.1.2 Perspectiva Financiera

- **Recursos empleados eficazmente:**

- Objetivo 1: Ejecutar correctamente el presupuesto (F1).

El presente objetivo se orienta al cumplimiento cabal del presupuesto, no por el hecho de emplear los recursos en sí sino que de cumplir con lo que éste contemple. De este modo se busca que los recursos con que cuenta la Dirección sean utilizados en lo que efectivamente se ha programado, eliminando desviaciones o malas utilizaciones que pudieren repercutir en reducciones futuras, reasignación externa o cancelación de financiamiento para determinado programa.

Es importante recalcar que la eficacia buscada se refiere a que se cumpla la programación, asociada a rendiciones periódicas y a programas efectivamente realizados, pero sobretodo a que los recursos monetarios asignados se ocupen en lo que provocó dicha asignación. Posteriormente se exhibirá un objetivo similar, pero orientado al cumplimiento de la programación (en cuanto a programas realizados y no a montos gastados).

- Objetivo 2: Reducir el déficit presupuestario (F2).

El segundo objetivo se orienta a mejorar la ajustada situación patrimonial que sufre la Dirección. En este aspecto, como se mostrará posteriormente, se busca básicamente atacar tópicos como los gastos y los ingresos, que deben repercutir en la disminución de la dificultad mencionada.

11.1.3 Perspectiva de Procesos Internos

- **Comunicación fluida con la comunidad:**

- Objetivo: Dialogar con las comunidades locales (P11).

Es altamente ilustrativo para la Dirección conocer la opinión de los propios usuarios de los Centros de Salud, pues son ellos justamente quienes reciben la atención y, por consiguiente, disfrutan de sus beneficios o sufren sus defectos. Por ende, una adecuada comunicación con ellos provee de valiosa información a la Dirección, especialmente a la hora de diseñar programas o de mejorar políticas de trato al usuario, factor clave a la hora de evaluar el desempeño de los Centros de Salud.

- **Programas relevantes y oportunos:**

- Objetivo: Ejecutar correctamente programas (PI2).

La Dirección de Salud se encarga de seleccionar diversos programas y normativas técnicas provenientes desde el MINSAL para aplicarlas en el nivel local. Siendo así, debe cumplir con dichas normativas y ejecutar los planes y programas de la mejor manera posible, cumpliendo los requerimientos que desde el nivel central (ministerial) provengan, de modo de que los beneficios de ellos lleguen efectivamente a los usuarios de los Centros de Salud.

Este objetivo es similar al objetivo F1 pero se orienta exclusivamente a la realización de los programas y no al monto gastado en ellos. No obstante, ambos evalúan la realización de lo programado y, por tanto, se complementan.

- **Atención adecuada y eficaz:**

- Objetivo: Capacitar a los equipos de salud (PI3).

Señala la importancia de que los equipos de salud (visto como equipos clínicos) cuenten con las competencias necesarias para entregar una atención de calidad y así contribuyan al mejoramiento de la atención que los usuarios buscan al acudir a los Centros de Salud.

Como se dijo anteriormente, este objetivo tiene elementos en común con el objetivo AC1 pero difiere en sobre quiénes recae (en este caso, sobre los funcionarios de los establecimientos de salud y no sobre la Administración Central de la Dirección).

11.1.4 Perspectiva de la Comunidad

- **Usuarios satisfechos con la atención:**

- Objetivo: Brindar servicios de salud eficaces (C1).

Con esto se busca medir la parte más “dura” de la atención en cuanto se pretende englobar los resultados de atención en cuanto a su impacto en la resolución de los problemas que aquejan a la población. Esto implica medir la capacidad de los Centros de Salud de resolver el problema que provocó que el usuario concurren al Centro respectivo, midiendo qué tan eficaz fue el servicio prestado.

- **Eficaz impacto sanitario:**

- Objetivo: Cumplir metas sanitarias (C2).

El factor predominante en la evaluación que realiza el MINSAL respecto a la gestión que realiza cada una de las entidades administradoras de APS es el cumplimiento de las metas sanitarias establecidas por él, debido a que mediante dicho indicador establece si la gestión fue adecuada o no, la necesidad y pertinencia de diseñar planes de contingencia como también autorizar o denegar mayores recursos vía asignación per cápita. Es por ello que dicho objetivo se establece como el de mayor interés para el ente regulador pues, si bien una buena atención y trato también le importan, es predominantemente el cumplimiento de los estándares por él impuestos el factor que más le preocupa.

- **Usuarios conformes con el trato:**

- Objetivo: Mejorar percepción del trato al usuario (C3).

Este factor es relevante a la hora de pensar en que, si se ha de cumplir con la misión, justamente el trato digno y el respeto mutuo pasa en gran medida por el trato que los equipos de salud y los funcionarios de los establecimientos den a la comunidad. Con esto se busca hacer patente y tangibilizar una dimensión complicada de medir pero fundamental a la hora de evaluar la atención prestada.

11.2 Indicadores asociados, Metas y Actividades

A continuación se expondrán los indicadores utilizados para realizar el seguimiento de los objetivos recientemente planteados. Parte fundamental del control de la gestión pasa por la existencia de indicadores que cumplan con una medición adecuada de los objetivos que se hayan formulado. Siendo así, junto con exponer los indicadores asociados a cada uno de ellos se argumentará sobre las dificultades encontradas para definir dichos instrumentos como también las potenciales complicaciones a la hora de utilizarlos y sobre la validez de éstos.

Posteriormente y para saber si es que los objetivos se cumplen, se muestran las metas asociadas. En este aspecto es relevante mencionar que la propia Dirección de Salud definió dichas metas, trabajando en conjunto con los estamentos necesarios en su interior (Recursos Humanos, Promoción y Participación, Finanzas, etc.). Con esto se gana en validez de la herramienta para la misma Dirección de Salud puesto que no es

una imposición externa, sino que ella misma define los estándares asociados al cumplimiento y éxito, cuidando de que esto no permita cierta “sub-exigencia”, cautelando porque dichas metas sean desafiantes pero a la vez posibles de cumplir.

Finalmente se exponen las actividades que el diseño considera como necesarias y que favorezcan tanto la medición del objetivo como el logro de la meta asociada. Para ello se trabaja cada uno de los objetivos indagando en qué condiciones y requerimientos reúne, con tal de asegurar que ellos se cumplan antes de realizar la medición con el objeto de que ésta y el posterior control se realicen de mejor forma, habilitando los procesos de retroalimentación que sean necesarios.

Los tres elementos anteriores se exponen secuencialmente, de acuerdo a cada una de las cuatro perspectivas que componen el CMI y asociado a los estados deseados del mapa estratégico desde los cuales se deriven. Finalmente se acompaña un cuadro resumen de cada perspectiva.

11.2.1 Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento

Objetivo 1: Desarrollar competencias de funcionarios (AC1).

- Indicador asociado 1 : Cobertura encuesta Detección de Necesidades de Capacitación (DNC).
- Meta : 95% de los funcionarios encuestados.

- Indicador asociado 2 : Calificación en encuesta DNC.
- Meta : 80% de los funcionarios encuestados obtienen calificación satisfactoria o mayor.

Los indicadores anteriores requieren de un instrumento que mida las competencias necesarias para cada uno de los cargos a los cuales aplique, denominado “Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación” (encuesta DNC). Teniendo en cuenta que se pretende lograr funcionarios competentes en toda la Administración Central de la Dirección, en principio debieran existir por tanto tantas encuestas como cargos existan (alrededor de 30 personas actualmente). Siendo así, como se exhibirá posteriormente en las actividades claves para lograr el objetivo mencionado, se deberá desarrollar los perfiles de cada cargo, labor que en la actualidad ya se efectúa bajo la responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos. Con estos perfiles diseñados se sabrá qué es lo que debe realizar cada una de las personas que trabajen en la Dirección, detectando cuáles son las diferencias entre lo real y lo deseado, lo que servirá de input para los futuros planes de capacitación.

En la Dirección de Salud ya se utiliza una encuesta DNC, incluida en el anexo C. Esta encuesta es estándar, no asociada a ningún cargo específico, genérica y breve. Existen otros ejemplos de encuestas DNC más elaboradas como la que se exhibe en el anexo D³¹, no obstante tampoco responden a un cargo específico. Este trabajo postula que debe haber cierta asociación entre el cargo y la encuesta DNC aplicada, no obstante es algo a definir por los encargados respectivos y escapa al alcance de la memoria.

- Actividades asociadas: Para el logro de las metas impuestas se deben desarrollar ciertas actividades que funcionan como requisito previo.
 - Desarrollar perfiles de cargo, con el objeto de tener una base de comparación y contraste con lo que los funcionarios posean como competencias en la fecha de toma de la encuesta. De este modo se tendrá el instrumento básico para conocer las brechas entre lo existente y lo deseado.
 - Construir encuesta de detección de necesidades de capacitación, dirigido a obtener un diagnóstico de las competencias que los funcionarios posean y detectar las brechas existentes.
 - Tomar encuesta, con el objeto de definir de modo certero las brechas existentes. Esto a su vez funcionará como input para el plan de capacitación que busque su reducción.
 - Definir qué se entiende por nivel “satisfactorio” como resultado de encuesta DNC. Este aspecto, clave para analizar los resultados posteriores a la aplicación, se deja abierto a definición básicamente debido a que el conocimiento sobre brechas de capacitación es manejado por los estamentos correspondientes, en este caso a definir por el Departamento de Recursos Humanos de la Dirección.
 - Construir un plan de capacitación acorde. Una vez conocidas las funciones, competencias y requerimientos de los cargos, permitiendo que la encuesta exhiba cuáles son las deficiencias (brechas) se puede elaborar un plan de capacitación destinado a disminuir (sino eliminar) en lo posible dichas brechas de capacitación y así proveer a la Dirección de funcionarios que cumplan cabal y eficazmente las labores asociadas a los cargos que ocupen.

³¹ Extraída desde sitios.upla.cl/cbc/documentos/encuesta_cbc.doc

- Actualizar la información respectiva, con el objeto de mantener vigentes las competencias de los funcionarios y de este modo mantener un desempeño efectivo en la Dirección, pues no tiene sentido actualizar las competencias y capacitar a los funcionarios si es que ello no va asociado al aumento de las labores y a la mayor complejidad que ellas adquieran.

Objetivo 2: Fortalecer integración y diálogo interno (AC2).

- Indicador asociado 1 : Número de instancias de diálogo interno.

En primer lugar este objetivo es bastante difícil de medir en cuanto a resultados obtenidos, pues el logro de un equipo cohesionado es algo que va más allá de actitudes medibles. Sin embargo, se ha propuesto el indicador anterior debido a que cubre en parte el proceso de la formación de espíritu de equipo y de alineación organizacional, siendo así un indicador de proceso más que de resultado. De este modo, se pretende medir cuántas veces se reúnan los funcionarios de la Dirección a nivel departamental, con el objeto de sentar las bases para la posterior integración a nivel de Dirección.

- Meta : 2 reuniones mensuales dentro de cada departamento.
- Actividades asociadas: Dada la dificultad y relevancia de este indicador se deben cumplir ciertas actividades críticas previamente.
 - Proponer la realización de actividades de diálogo al interior de cada uno de los departamentos. Esto pues muchas veces la rutina diaria impide ver cuál es el propósito del trabajo realizado, quedando en una definición abstracta y poco vinculante el propósito de ello.
 - Realizar actividades de diálogo. Una vez propuestas las instancias de diálogo interno, éstas deben efectuarse en el marco de un proceso integrado y no aislado, que considere las opiniones, críticas y sugerencias de cada uno de los funcionarios que participaron del diálogo (idealmente la totalidad de ellos), de modo de validarlo y generar las bases para su realización a nivel de toda la administración central de la Dirección de Salud (tratado a continuación).
- Indicador asociado 2 : Número de reuniones transversales.

Este segundo indicador pretende abordar algo similar al anterior salvo por el alcance que tiene: la idea es potenciar el diálogo entre toda la Dirección, teniendo como base el diálogo interno de cada departamento. Se entiende que una base de diálogo en

el primer nivel debiera redundar en un fortalecimiento de la integración y por consiguiente debiera tener cierto reflejo en las reuniones transversales al interior de la Dirección. Si bien estas reuniones ya se realizan, la idea es sistematizar e institucionalizar dicha práctica, sentando las bases y dando un motivo a ello: no son en vano sino que están dirigidas a fortalecer el espíritu de equipo y la alineación organizacional, todo ello en pos de facilitar el logro de los objetivos estratégicos de la Dirección y como parte de un proceso integrado y sistemático.

- Meta : 1 reunión mensual.
- Actividades asociadas: Nuevamente, se requieren ciertas actividades críticas, en especial orientadas a nutrir las reuniones transversales con los resultados de las reuniones a nivel departamental.
 - Tomar conocimiento del diálogo de primer nivel. Con esto se pretende establecer las inquietudes, críticas y sugerencias emanadas de dicho diálogo previo como la base a tratar en los diálogos transversales, sentando un precedente y dando a entender que dichas inquietudes tienen una consecuencia y resonancia en el diálogo futuro.
 - Realizar actividades de diálogo transversal. Si bien hoy existen instancias de diálogo, éstas no integran necesariamente a toda la Dirección sino que a algunos estamentos (según sea la necesidad). Con la realización de estas instancias transversales se pretende que el diálogo generado al primer nivel tenga la resonancia esperada y refleje la potencialidad que tiene, con el objeto de fortalecer la integración como equipo de salud, desde el funcionario de menor rango hasta los niveles directivos.

Objetivo 3: Desarrollar cultura de servicio (AC3).

- Indicador asociado : Número de instancias destinadas a la difusión de la cultura de servicio.

Análogamente a los 2 indicadores anteriores se tiene este indicador de proceso que, sabiendo de sus deficiencias y limitaciones, refleja en parte el andar del proceso orientado a la orientación al usuario de todos los funcionarios. De este modo se pretende rastrear las acciones destinadas al logro de dichos objetivos, en el marco del proceso y no como el resultado en sí. Si bien se considerará exitoso el cumplimiento de cierto número de instancias de difusión, no es ello en sí el objetivo perseguido (“reunirse porque sí”) pero de cierto modo permite conocer el nivel de preocupación por desarrollar este valor.

- Meta : Mantener instancias de difusión actuales (programas radiales).
- Actividades asociadas:
 - Promover la orientación al usuario. Con esto se pretende generar la necesidad y destacar la importancia de este valor dentro de las funciones realizadas por los funcionarios. Si bien el trato al usuario directo es poco frecuente (mucho menor comparado con los funcionarios de los Centros de Salud) es importante destacarlo como valor fundamental pues de ello se derivan actitudes y disposiciones diferentes en el trabajo diario y en los procesos llevados a cabo por los funcionarios.
 - Realizar actividades de difusión. Con esto se busca tangibilizar el punto anterior, mediante reuniones e información mediante afiches o mensajería interna. De este modo se pretende generar un clima de mejoramiento de la atención teniendo presentes las necesidades e inquietudes de los usuarios.

A continuación se muestra el cuadro resumen de la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento:

Cuadro 3: Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento

Estado deseado	Objetivo	Indicador	Meta	Actividades
Funcionarios Competentes	Desarrollar competencias de funcionarios	Cobertura encuesta DNC	95% de los funcionarios	-Desarrollar perfiles de cargo y funciones asociadas. -Elaborar y tomar encuesta DNC.
		Calificación encuesta DNC	80% satisfact.	-Analizar resultados (brechas) y elaborar plan de capacitación acorde.
Funcionarios integrados como equipo	Fortalecer integración y diálogo interno	Nro de instancias de diálogo interno	2 al mes	-Proponer y realizar reuniones internas y transversales. -Tomar conocimiento de las reuniones realizadas.
		Reuniones transversales	1 al mes	-Difusión de misión, visión y objetivos estratégicos.
Funcionarios orientados al usuario	Desarrollar cultura de servicio	Nro instancias destinadas a la difusión de cultura de servicio	Mantener programas radiales	-Promover orientación al usuario y destacar su relevancia. -Realizar actividades de difusión de este valor.

Fuente: Elaboración Propia

11.2.2 Perspectiva Financiera

Objetivo 1: Ejecutar correctamente el presupuesto (F1).

- Indicador asociado : Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado.

Con este indicador se pretende medir el cumplimiento de los programas establecidos en el presupuesto de la Dirección de Salud, guardando por su efectiva ejecución y que ello se refleje en el presupuesto. Busca también reflejar que el presupuesto se utilice en lo que efectivamente se programó y no en otras cosas. El seguimiento y verificación se realizarán semestralmente, para los cuales las metas serán las mismas.

- Meta : 95% de cumplimiento de lo programado.
- Actividades asociadas:
 - Rendición periódica de cuentas. Si bien ya existe la rendición de cuentas, se pretende establecer formalmente cierta periodicidad de dichas rendiciones (en una etapa inicial, semestralmente). De este modo se generará un proceso confiable y transparente en el cual se confirmará el buen accionar de la Dirección o se detectarán posibles fallas, las cuales podrán ser subsanadas mediante el trabajo de toda ella. Además esto puede potencialmente redundar en una mejora del ambiente, pues todos los funcionarios conocerán el caminar de la Dirección y de su gestión.

Objetivo 2: Reducir el déficit presupuestario (F2).

- Indicador asociado 1 : % de disminución del déficit.

Este indicador pretende cuantificar la reducción del déficit presupuestario de la Dirección. Debido a que es un factor que ella misma ha priorizado, parte importante de la utilización eficaz de los recursos tiene que verse reflejada en la reducción de este déficit y, por tanto, es relevante medir su cuantía.

- Meta : Mantener o disminuir el déficit respecto al año anterior.
- Actividades asociadas:

- Analizar fuentes del déficit. El déficit patrimonial que tiene la Dirección de Salud ha venido creciendo en los últimos años (como se mostró en la sección 8.2.3) y por tanto existe un componente que sostenidamente evita reducirlo. Se debe realizar un análisis acabado que permita encontrar las razones que perpetúan este déficit para posteriormente realizar los rediseños necesarios.
 - Una vez detectados los motivos del déficit creciente, se deben identificar las causas. Esto se debe a que uno de los motivos puede potencialmente ser el crecimiento de la población atendida versus el crecimiento (no a la misma tasa) de los aportes hechos al ingreso de la Dirección. Con este análisis se busca descartar o confirmar dicha causa, con el objeto de realizar propuestas que lo solucionen o contribuyan a disminuirlo.
 - Proponer mejoras. La idea de este punto es que, sabiendo cuáles son las fuentes y causas del déficit, se propongan mejoras a los procesos envueltos en el análisis descrito previamente. De este modo se podrá trabajar en disminuir el déficit conociendo qué puntos atacar, ya sea modificando los procesos, estableciendo la necesidad de mayores aportes, reduciendo costos, etc.
 - Aplicar mejoras. Una vez que se realicen las propuestas de mejora, éstas se deben implementar con un seguimiento adecuado. Si bien es un factor “de largo aliento” (anual) es conveniente establecer mecanismos de seguimiento con lo que se puede rastrear el cumplimiento de la reducción mencionada y de este modo tomar las acciones correctivas que pudieran requerirse.
- Indicador asociado 2 : % de reducción de gastos.

Análogo al indicador anterior, se pretende supervisar la evolución de los gastos en que incurre la Dirección en el marco de sus actividades, para estudiar sus fuentes, proponer mejoras a su utilización y reducirlos, de modo de contribuir a la eficiencia que busca la Dirección, plasmada en su primer lineamiento estratégico.

- Meta : 0,5% de reducción anual.
- Actividades asociadas: Este indicador es similar al anterior, en particular respecto a las actividades asociadas al cumplimiento del objetivo asociado.

- Identificar las cuentas de gasto mayores en el presupuesto, así como las que exhiban una tendencia creciente en los últimos años (horizonte temporal a definir según el área encargada de dicha identificación). Con esto se pretende aislar ciertas componentes del gasto que se puedan atacar para reducirlas.
 - Analizar la viabilidad de la reducción de gastos. Con las cuentas identificadas previamente se pretende verificar la posibilidad de reducirlas, pues puede darse la situación de que sean rígidas en cuanto a su administración y por tanto no haya oportunidad de trabajar con ellas. Esto es especialmente relevante a la hora de identificar la práctica de gastar, aunque no sea estrictamente necesario, todos los recursos de cierto concepto presupuestario, debido a que de no hacerse ello, probablemente no se renueve para el siguiente período dicho recurso (no existe la posibilidad de “ahorrar” para usar en el futuro dichos recursos).
 - Proponer mejoras. Análogo al indicador anterior, se pretende proponer mejoras en el gasto, sujeto a las restricciones específicas de cada cuenta.
 - Aplicar mejoras y realizar seguimiento. Como en el caso del déficit, se pretende con esto realizar las mejoras que se identifiquen como posibles y potencialmente útiles y definir un seguimiento a dichas cuentas, con el propósito de definir su impacto en el objetivo.
- Indicador asociado 3 : % de recuperación de ingresos.

Nuevamente, este indicador está asociado a la utilización eficaz de los recursos. En particular este indicador se orienta a medir la efectividad que tiene la misma Dirección en recuperar los ingresos propios, en particular ingresos provenientes de pagos de licencias médicas y otros similares, pues al ser de libre disposición son recursos que permiten responder ante contingencias y aliviar la situación presupuestaria.

- Meta : 95% de recuperación anual.
- Actividades asociadas: Análogamente a los 2 indicadores anteriores, exhibe actividades similares.
 - Identificar fuentes de ingreso (variables y gestionables) mayores. Con esto se centrará la posible modificación en los aspectos que sí se puedan modificar y que pertenezcan al ámbito de la Dirección.

- Una vez definidas las fuentes de ingreso que se puedan trabajar, se pretende analizar cómo se realiza el proceso de recuperación. De este modo, se pueden detectar falencias y proponer mejoras, todo orientado a mejorar este crucial aspecto.
- Con el proceso analizado, se busca generar propuestas de mejora y analizar su posible ejecución, con el objeto de ponerlas en práctica.
- Realizar seguimiento a las mejoras implementadas. Con ello se busca estudiar el grado de impacto conseguido con las mejoras empleadas, analizando si el proceso fue acorde a lo esperado y detectando patrones comunes y mejores prácticas.

A continuación se muestra el cuadro resumen de la perspectiva Financiera.

Cuadro 4: Perspectiva Financiera

Estado deseado	Objetivo	Indicador	Meta	Actividades
Recursos empleados eficazmente	Ejecutar correctamente el presupuesto	Presupuesto cumplido / Presupuestado	90% cumplimiento	-Rendición de cuentas internas y externas. -Contraste del presupuesto con la ejecución.
	Reducir déficit presupuestario	% disminución déficit	Mantener	-Analizar fuentes de déficit y proponer mejoras. -Analizar cuentas de gasto mayores y proponer mejoras. -Analizar y detectar procesos de recuperación de ingresos. -Proponer mejoras a procesos detectados. -Implementar mejoras y realizar seguimiento a ellas.
		% reducción de gasto	0.5%	
% recuperación de ingresos de programas	95%			

Fuente: Elaboración Propia

11.2.3 Perspectiva de Procesos Internos

Objetivo 1: Dialogar con las comunidades locales (PI1).

- Indicador asociado 1 : Número de instancias de diálogo.

Este indicador pretende cuantificar el grado de diálogo de por sí, mediante la medición de veces en que las instancias locales y la Dirección de Salud se reúnen para dialogar. Como se ha dicho anteriormente este diálogo ya existe, por lo que este indicador está orientado a registrar dichas instancias para evaluar el grado de comunicación, al menos en instancias formales, de la Dirección.

- Meta : Mantener instancias actuales (a final de año 2011 se calculará número de ellas).
- Actividades asociadas:
 - Realizar un seguimiento y análisis de las reuniones ya existentes entre la Dirección y la comunidad, de modo de poder extraer conclusiones sobre su utilidad y pertinencia de cara a la gestión a realizar.
 - Mantener las instancias de diálogo existentes, de acuerdo a las necesidades y conclusiones emanadas del análisis previo realizado.
- Indicador asociado 2 : Número de compromisos surgidos del diálogo.

Este indicador viene a complementar al anterior en cuanto la realización del diálogo entre ambas partes no tiene sentido en la medida en que dicho diálogo no se vea reflejado en decisiones y medidas a ejecutar. Esto porque la sola realización de instancias de diálogo no asegura una buena comunicación y el logro del estado deseado expresado previamente.

Con este indicador se puede realizar un seguimiento a las medidas efectuadas y a la gestión de la Dirección en este aspecto, permitiendo establecer un “rastreo” que ayude a encontrar posibles fallas en la comunicación. Así, se puede saber si es que las fallas en el diálogo se debieron a que NO HUBO DIÁLOGO (indicador 1 debiera reflejarlo) o a que este diálogo sí se realizó pero NO SE PLASMÓ en medidas a ejecutar (indicador 2 debiera reflejarlo).

- Meta : 17 compromisos surgidos y adquiridos.

- Actividades asociadas:
 - Junto con mantener las instancias de diálogo ya existentes y ampliar en lo posible este contacto, es necesario que dicho diálogo se exprese en decisiones concretas y acuerdos explícitos. Por tanto, la actividad clave asociada a este indicador es validar el diálogo en la toma de decisiones.
 - Junto con lo anterior, se hace necesario registrar esta validación en instancias formales, debido a que la toma de decisiones debe contar con cierto respaldo de quienes son autoridades, desde la misma Dirección de Salud y su jefatura hasta la propia Alcaldía, cuando el alcance de dichos acuerdos así lo requiera.

Objetivo 2: Ejecutar correctamente programas (PI2).

- Indicador asociado 1 : Programas en ejecución / Programas planificados.

Si bien este indicador es similar al primero de los indicadores del objetivo F1, está orientado al cumplimiento de la realización de los programas más que al aspecto presupuestario. Siendo así, es un complemento al anterior que busca medir la realización en sí más que su reflejo en los informes financieros.

Dado lo mencionado anteriormente, la medición va orientada al número de programas más que a la utilización de recursos, ajustada a la fecha en que la evaluación se realice.

- Meta : 95% de cumplimiento, semestralmente.
- Actividades asociadas:
 - Establecer periodicidad de medición y verificar su viabilidad para especificar qué planes se contrastarán con lo realmente ejecutado, de acuerdo a la programación anual generada por la Dirección.
 - Contrastar la planificación periódica con lo realmente ejecutado, de acuerdo a los datos de la propia Dirección.
 - Elaborar planes de contingencia asociados a posibles incumplimientos en los plazos definidos por la Dirección, de modo de subsanar dichas anomalías.

- Indicador asociado 2 : Calificación en evaluación técnica existente.

Este indicador es similar al anterior en cuanto al fondo, pues consiste en incorporar al sistema de control de gestión la evaluación que realiza el organismo planificador (MINSAL, a través del Servicio de Salud Metropolitano Sur) de los planes y programas.

En otras palabras, este indicador refleja una visión externa del cumplimiento de lo planificado, que servirá de contraste y/o corroboración de la medición interna que se propone con el primer indicador presentado anteriormente.

- Meta : 95% de cumplimiento, semestralmente.
- Actividades asociadas: Nuevamente son similares a las del indicador previo, debido a la similitud de propósitos.
 - Incorporar evaluación externa (Servicio de Salud Metropolitano Sur) al sistema de control de gestión.
 - Dependiendo de la evaluación recibida, diseñar planes de contingencia asociados al incumplimiento o confirmar la buena ejecución de los programas.

Objetivo 3: Capacitar a los equipos de salud (PI3).

- Indicador asociado 1 : % equipos de salud capacitados.

Este indicador apunta a que la realización de un servicio adecuado y eficaz por parte de los funcionarios de salud es posible mediante la capacitación y formación continua. En ese aspecto, dada la similitud entre el presente objetivo y el objetivo AC1 (Desarrollar competencias de funcionarios) se observarán actividades similares entre ellos, no obstante es relevante mencionar que el presente objetivo está orientado a la formación y capacitación de los equipos de salud en los establecimientos (a diferencia del objetivo AC1 que está orientado a los funcionarios de la Administración Central de la Dirección).

Se pretende que, producto de la elaboración del plan de capacitación anual desarrollado junto al Plan Comunal de Salud, los objetivos y la cobertura de éste se cumplan, por lo que la medición y el porcentaje de los equipos capacitados sea respecto a dicho plan, como también a definiciones de la propia Dirección que no estén

necesariamente presentes en dicho documento (en especial las definiciones a mediano y largo plazo).

- Meta : 80% de cumplimiento de programa de capacitación anual.
- Actividades asociadas:
 - Analizar plan de capacitación para toda la Dirección de Salud y sus establecimientos de APS, identificando los programas definidos y las metas, tanto de cobertura como de adquisición de competencias asociados.
 - Identificar el alcance de dicho plan de capacitación, mediante una planificación tanto de corto (asociada al Plan Comunal de Salud) como de mediano y largo plazo.
 - Definir metas y alcance de mediano y largo plazo, más allá del Plan Comunal de Salud, que permitan conocer qué se espera de dicha capacitación y, por ende, qué aspectos son críticos en la entrega de una atención eficaz y adecuada a los usuarios.
 - Realizar seguimiento y analizar la evolución de la capacitación entregada a los funcionarios, indagando en el impacto que ella tenga sobre la atención entregada a los usuarios en los establecimientos, sujetos tanto a las condiciones locales como a los lineamientos que al respecto defina la Dirección.
- Indicador asociado 2 : Cobertura encuesta DNC.
- Meta : 100% de los equipos de salud encuestados.
- Indicador asociado 3 : Calificación en encuesta DNC.
- Meta : 80% de los encuestados obtengan calificación satisfactoria o mayor.

De manera análoga al objetivo AC1 estos indicadores pretenden medir, previa definición de los perfiles de cargo y por consiguiente las funciones asociadas, el grado de cumplimiento de los requerimientos que debieran satisfacer los funcionarios, en particular los equipos de salud. Con la encuesta adecuada y los perfiles definidos, el indicador reflejará el grado en que los funcionarios se adecuan a sus cargos y por ende las necesidades de capacitación. De este modo se podrán definir los planes adecuados y trabajar en pos de la atención deseada.

- Actividades asociadas: Similares a las del objetivo AC1, se detallan a continuación.
 - Desarrollar perfiles de los cargos requeridos (idealmente de la totalidad de los funcionarios de los establecimientos dependientes de la Dirección). Con estos perfiles se conocerán las necesidades de los cargos y se tendrá la base de comparación entre lo real y lo deseado.
 - Elaborar encuesta de detección de necesidades de capacitación, para conocer las brechas existentes y atacarlas.
 - Aplicar la encuesta recién mencionada, con el objeto de conocer las brechas existentes y que se deban atacar, para reducirlas mediante un plan de capacitación adecuado.
 - Nuevamente, corresponde definir el nivel catalogado como “satisfactorio” de la encuesta DNC, con el objeto de conocer el real estado de las competencias evidenciadas por los equipos de salud en cuestión.
 - Construir un plan de capacitación acorde a las brechas existentes, de modo de reducirlas al mínimo posible. En este aspecto, si bien existe una definición central de parte de la Dirección de Salud, se debe trabajar en conjunto con cada uno de los establecimientos de salud, en particular respecto a las condiciones que cada uno de ellos tenga como distintivo. También es altamente recomendable incorporar a este trabajo a las comunidades, puesto que ellas también reconocen ciertas prácticas que puedan ser deficitarias (las que debieran ser detectadas en la elaboración de los perfiles).
 - Realizar seguimiento a los resultados de la capacitación que resulte producto del plan elaborado. De este modo se sabrá si la capacitación fue la adecuada a lo requerido por los funcionarios y sus funciones.

A continuación se muestra el cuadro resumen de la perspectiva de Procesos Internos.

Cuadro 5: Perspectiva de Procesos Internos

Estado deseado	Objetivo	Indicador	Meta	Actividades
Comunicación fluida con la comunidad	Dialogar con las comunidades locales	Nro instancias de diálogo	Mantener actuales	-Mantener instancias de diálogo actuales con los CDL. -Validar este diálogo en la toma de decisiones. -Registrar formalmente lo anterior.
		Nro compromisos surgidos del diálogo	17	
Programas relevantes y oportunos	Ejecución correcta de programas	Programas en ejecución / planificados	95%	-Rendición de programas ejecutados vs presupuestados. -Diseñar planes de contingencia ante eventualidad de no cumplimiento.
		Evaluación técnica existente	95%	
Atención adecuada y eficaz	Capacitar a los equipos de salud	% equipos capacitados	80%	-Desarrollar perfiles de cargo y funciones asociadas. -Elaborar y tomar encuesta de detección de necesidades de capacitación. -Analizar resultados y elaborar plan de capacitación acorde.
		Cobertura encuesta DNC	100%	
		Calificación encuesta DNC	80% satisf.	

Fuente: Elaboración Propia

11.2.4 Perspectiva de la Comunidad

Objetivo 1: Brindar servicios de salud eficaces (C1).

- Indicador asociado 1 : Cobertura de encuesta sobre atención de salud.
- Meta : 30% de los usuarios encuestados.

- Indicador asociado 2 : Calificación de encuesta sobre atención de salud.
- Meta : Nivel satisfactorio.

En la actualidad existe una medición realizada a lo largo de todo Chile en cuanto a la satisfacción usuaria a cargo del MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que muestrea cierto número de usuarios en cada Servicio de Salud del país y construye un indicador asociado. Este indicador se conoce como ISU³² (Índice de Satisfacción Usuario) y contempla aspectos como la atención del personal profesional, del personal de apoyo, infraestructura, atención previa y satisfacción posterior entre

³² MINISTERIO DE SALUD, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud de Chile. Aplicación 2009. Diciembre 2009.

otros. Para más detalle se adjunta en los anexos E, F y G información sobre este indicador y algunos de sus resultados.

En dicha medición se exhiben los resultados a nivel nacional de acuerdo a cada establecimiento y Servicio de Salud, tanto para el nivel primario como para los Hospitales. Sin embargo, el mismo documento menciona que de los 29 Servicios de Salud a nivel nacional se excluyeron 5 que no mostraban un comportamiento estadísticamente adecuado que permitiera extraer conclusiones certeras, por lo cual no fueron incluidos. Uno de dichos Servicios de Salud es el Servicio de Salud Metropolitano Sur, al cual pertenece San Bernardo, por lo que no se cuenta con los resultados del estudio, no obstante sería bastante útil que la Dirección manejara dichos resultados con el objeto de realizar el seguimiento mencionado. La variabilidad que afectaba a los resultados a nivel nacional se perdería dado que se compararía la evolución histórica de la comuna, no necesariamente con el resto del país (no obstante podría estudiarse la viabilidad de incluirlo).

Por lo anterior, se cree que puede ser útil obtener la información que dicha medición contiene e incluirla al sistema de control de gestión propuesto. Sin embargo este aspecto puede ser incluido en el futuro y no es parte sustancial del sistema, que cuenta con un indicador distinto, independiente de lo mencionado en los 2 párrafos anteriores, al cual se le asocian las metas expuestas a continuación.

- Actividades asociadas:
 - Desarrollar una encuesta (o un capítulo dentro de ella) que contemple evaluación del servicio prestado a los usuarios.
 - Aplicar el instrumento diseñado para obtener conclusiones desde él. Con los resultados arrojados se hará un análisis y diseñarán actividades tendientes a mejorar dichos aspectos.
 - Una vez que se apliquen dichas actividades, es necesario crear un registro que considere seguimiento a éstas y que permita evaluar su efectividad. De ese modo, se sabrá si es que son adecuadas o requieren de un rediseño.
 - Definir qué se entiende por nivel de atención “satisfactorio”. Esto puede realizarse de un benchmarking respecto a otros instrumentos similares, como puede ser el indicador ISU presentado anteriormente.
 - Una actividad propuesta a futuro (y que escapa al alcance de esta memoria) es incluir las mediciones realizadas por el MINSAL de

satisfacción usuaria (indicador ISU) para fortalecer el indicador original del sistema o incluso sustituirlo si así fuere pertinente.

Objetivo 2: Cumplir metas sanitarias (C2).

- Indicador asociado : % de cumplimiento de metas sanitarias.

Este indicador es uno de los que ya existen dentro del control que la Dirección realiza de su gestión, con lo que no hay mayor novedad para ella. Sin embargo, ahora se presenta dentro del marco que lo considera parte de un sistema integrado y no aislado como existe actualmente.

La medición de las metas sanitarias responde a estándares definidos por el MINSAL, por lo que no habrá intervención en este proceso. Se utilizará el indicador ya existente y se incorporará a la herramienta, tomándolo como input del proceso de control y seguimiento.

- Meta : Cumplir con un 95% de las metas sanitarias anualmente.
- Actividades asociadas: Dado el hecho de que el indicador ya existe dentro del control realizado por la Dirección de Salud, no contempla mayor número de actividades asociadas.
 - Realizar la medición de cumplimiento de las metas sanitarias, de acuerdo a los estándares y metodologías impuestas por el MINSAL.
 - De acuerdo a los resultados obtenidos de la medición de cumplimiento de las metas, se deben definir planes de contingencia en caso de incumplimiento, como también procesos de análisis con el objeto de reconocer las fallas que impidieron el éxito de este aspecto, tan relevante a la hora de definir los resultados de la gestión de la Dirección.

Objetivo 3: Mejorar percepción del trato al usuario (C3).

- Indicador asociado 1 : Cobertura de encuesta de percepción de trato.
- Meta : 30% de usuarios encuestados.
- Indicador asociado 2 : Calificación en encuesta de percepción de trato.
- Meta : Nivel satisfactorio.

Este indicador pretende medir el grado de satisfacción usuaria en cuanto a la atención recibida por todos los participantes del proceso de atención, en la dimensión del trato al usuario. En particular comprende desde la recepción que se haga del usuario hasta la misma atención y despedida, cuidando revelar factores críticos de satisfacción usuaria.

Como se mencionó anteriormente, este indicador es similar a los indicadores del objetivo C1 pues requiere la aplicación de una encuesta que mida la satisfacción en el servicio entregado por los establecimientos administrados por la Dirección. Dado lo anterior, una de las propuestas del trabajo es realizar 1 instrumento del cual se deriven los 2 indicadores citados, respondiendo la misma encuesta a los 2 factores, ambos relevantes a la hora de evaluar la entrega del servicio.

- Actividades asociadas:
 - En primer lugar se debe realizar un proceso de toma de conciencia por parte de los funcionarios acerca de la importancia del trato sobre los usuarios. Esto puede realizarse vía talleres grupales en los Centros de Salud, difusión vía folletos, instrucciones de los directivos por cada establecimiento, etc.
 - En segundo lugar se deben desarrollar acciones tendientes a mejorar el trato, tal como pueden ser talleres sobre atención al público, donde resalten buenas prácticas de cara a mejorar este aspecto, en todos los actores involucrados en dicho proceso, desde la recepción hasta la atención misma.
 - Un tercer paso fundamental para medir la mejora en el trato es diseñar un instrumento que lo mida, el cual se propone sea bajo la forma de una encuesta. Ésta debiera arrojar los factores positivos y negativos que consideren los usuarios, permitiendo mejorar y corregir los aspectos negativos y reforzar los positivos.
 - Posterior al diseño de la encuesta, ésta debe ser aplicada sobre una muestra a determinar en los Centros de Salud. Con los resultados que ella arroje se deben diseñar actividades en pos de mejorar las respuestas y atacar áreas deficientes.
 - Análogamente a los casos anteriores de aplicación de encuestas, corresponde definir el nivel de satisfacción en el trato, tarea que puede realizarse de un benchmarking como también de juicio experto y/o de

opiniones de los mismos usuarios respecto a qué catalogarían ellos como “satisfactorio”.

- Un último paso relevante es realizar seguimiento a los resultados de las acciones tendientes a mejorar el trato. Con la encuesta previa se diseñarán actividades que debieran redundar en una mejora, los cuales deben ser monitoreados y seguidos para evaluar su éxito o fracaso. Sin esto, poco sentido tendrán las acciones previas pues se estarán realizando sin un propósito definido, que le restará validez y no logrará su cometido.

A continuación se muestra el cuadro resumen de la perspectiva de la Comunidad.

Cuadro 6: Perspectiva de la Comunidad

Estado deseado	Objetivo	Indicador	Meta	Actividades
Usuarios satisfechos con atención (Municipio)	Brindar servicios de salud eficaces	Cobertura encuesta atención	30% de usuarios	-Elaborar encuesta sobre eficacia de la atención de salud. -Tomar encuesta elaborada. -Analizar resultados y proponer mejoras.
		Calificación encuesta	Nivel satisfact.	
Eficaz impacto sanitario (MINSAL)	Cumplir metas sanitarias	% cumplimiento metas sanitarias	95% de cumplimiento	-Mantener o mejorar medición de metas sanitarias. -Diseñar plan de contingencia ante no cumplimiento.
Usuarios conformes con el trato (Usuarios)	Mejorar percepción del trato al usuario	Cobertura encuesta trato	30% de usuarios	-Concientizar a funcionarios sobre importancia del trato en valoración del servicio ofrecido. -Elaborar acciones tendientes a mejora del trato. -Realizar encuesta sobre trato. -Analizar encuesta y proponer mejoras.
		Calificación encuesta trato	Nivel satisfactorio	

Fuente: Elaboración Propia

12. CONCLUSIONES

Parte fundamental de cualquier diseño o rediseño organizacional es un énfasis en el desarrollo del capital humano disponible. La perspectiva de base que contempla el CMI diseñado es precisamente la de Aprendizaje y Crecimiento, cuyos cimientos están formados por el capital humano y el capital organizacional justamente porque son las personas (funcionarios) quienes han de ejecutar los diseños efectuados, los programas elaborados y entregar la atención a los usuarios. En la medida que se comprenda que es dicho factor humano el principal y que ha de conducir al resto de factores relevantes, se estará dando un paso importante hacia el éxito de cualquier estrategia, independiente de cuál sea ésta.

La capacidad que tienen las organizaciones para prever los desafíos del futuro, saber que estos llegarán y cómo enfrentarlos es un factor clave a la hora de diseñar una estrategia de largo plazo. Lamentablemente, las organizaciones públicas tienen una tendencia preponderante a no realizar este tipo de ejercicios, tanto por la rotación periódica de directivos como por la natural inercia que conlleva tener como preocupación sólo los temas que se desarrollan en el día a día, en el plano operativo. Esto no es exclusivo de las organizaciones públicas pero sus consecuencias son mayores pues ellas deben hacerse cargo de problemas cuya solución requiere muchas veces desarrollos de largo plazo, más allá de los intereses de autoridades políticas transitorias. Es altamente importante notar esta deficiencia y, por tanto, contribuir con trabajos como el presente se hace cada vez más necesario.

Uno de los aprendizajes más relevantes obtenidos al realizar esta memoria fue la versatilidad que tienen las herramientas de control de gestión al ser implementadas sobre diversos contextos. Si bien el CMI ha sido utilizado para organizaciones públicas anteriormente, se tiende a asociar dicha herramienta con la gestión privada y todo lo que ésta conlleva: hablar de “clientes” y no de “usuarios”, ubicar la generación de réditos económicos como el objetivo principal, pensar en el capital humano como un factor más de producción y no el primordial, etc. Justamente debido a esa tendencia es que la presente memoria pretende aportar al conocimiento y a la experiencia en esta área, con un diseño metódico, sistematizado y en que la misma Dirección de Salud ha contribuido a su desarrollo, evidenciando que al menos en las etapas de diseño, es factible la construcción de sistemas que aporten a la gestión de las organizaciones públicas.

Concretamente hablando, el mapa estratégico desarrollado sirvió para ilustrar las dependencias entre objetivos y, por ende, formular una estrategia que se hace visible en dicha herramienta. La formación de capital humano competente y alineado con su organización permite que las acciones que desarrolla la Dirección sean realizadas de

un modo satisfactorio y, por tanto, causen el impacto perseguido sobre sus beneficiarios. Este mapa se ha construido previamente al Cuadro de Mando Integral y funciona como apoyo a éste. El CMI considera las herramientas necesarias para supervisar el desempeño en la forma de indicadores, formulados en base a una propuesta que fue aceptada y enriquecida por la Dirección, pues ella editó ciertos indicadores y propuso incorporar otros ya utilizados, ganando en validez el sistema completo.

Cabe destacar que, a pesar de que la implementación del sistema presentado no es parte del alcance del trabajo, una de las guías para el desarrollo de dicho sistema fue la calidad y viabilidad a la hora de implementarla. Esto porque parte importante de un buen diseño es incorporar las recomendaciones, opiniones, críticas y sugerencias del receptor del trabajo (Dirección de Salud) buscando que ella se sienta representada y considere a la herramienta como un elemento de gestión viable y útil. Se dieron las instancias adecuadas para que dichos aportes fueran integrados al trabajo, en especial a la hora de definir indicadores, metas y actividades claves para cada objetivo específico, visible esto en que algunos de los indicadores fueron añadidos por sugerencia directa de la Dirección de Salud, así como la definición de metas también fue consensuada con ella, dependiendo del caso en que ello fuera posible y dando recomendaciones y orientaciones al respecto. También es relevante mencionar que estos indicadores pueden (y debieran) ser mejorados conforme el sistema se adecua a la organización, abriendo espacio para modificaciones que ella considere necesarias a futuro.

Un desafío considerable que estuvo presente a la hora de desarrollar esta memoria fue vencer la barrera del corto plazo y de la cotidianidad. Cuando se propone el desarrollo de un sistema de control de gestión que contribuya a planificar el futuro y a saberlo abordar, es importante conocer el quehacer de la organización receptora. De este modo se hizo un estudio acabado sobre la actividad de la Dirección de Salud y en dicho trabajo se fueron descubriendo diversos mecanismos, preocupaciones y contextos que trabajaban en contra de dicha visión de largo plazo, justamente porque debido a su quehacer la preocupación fundamental es de solucionar los problemas presentes de salud de la comunidad. Por lo mismo, se cree que a la hora de desarrollar trabajos como el presente, es necesario saber conjugar ambos horizontes temporales, de manera de no perder el foco de la actividad como también de la propuesta a desarrollar.

Es recomendable que a futuro la Dirección de Salud instale como una de sus preocupaciones permanentes la formación de un capital humano de excelencia. Ciertamente es un avance que uno de sus lineamientos estratégicos sea efectivamente el desarrollo de las personas (por lo mismo se mantuvo en la propuesta de esta memoria) por lo que se recomienda fuertemente que dicho lineamiento estratégico

tenga algún plan de “bajada” al nivel táctico y operativo para llevarlo a cabo de manera certera y que no quede como una buena intención más dentro de las múltiples iniciativas de mejora que puedan surgir desde ella pero que no prosperen y en ese marco es que el presente trabajo pretende contribuir con una propuesta para que ello sea así.

Finalmente, a modo de recapitulación, se tiene que los objetivos de la memoria se han cumplido satisfactoriamente ya que se ha realizado un análisis de la organización, el que ha permitido reformular las declaraciones estratégicas de ella. Con estas reformulaciones se procedió a diseñar y validar junto con la propia Dirección de Salud el mapa estratégico que ha servido para definir las estrategias que le permitan conseguir sus objetivos. Junto con el mapa y como parte fundamental del sistema se construyó el Cuadro de Mando Integral con los indicadores, metas y actividades necesarias para hacer el seguimiento necesario de la gestión.

La gestión de servicios como la salud pública, más aún la Atención Primaria, es un factor crítico y clave al hablar de la calidad de vida que una sociedad entrega a sus ciudadanos. Puede hablarse de una sociedad sana y saludable en la medida que sus ciudadanos consideren que así lo es, expresado ello en dimensiones tan dispares como la calidad de educación que reciben, el acceso a oportunidades laborales dignas y justas, espacios de recreación y esparcimiento, la calidad de los servicios sanitarios que reciba la ciudadanía, etc. De este modo, la calidad de los servicios públicos de nuestro país y su evolución en el tiempo permite saber en qué medida le preocupa a Chile el bienestar de sus ciudadanos. Sin duda que hay avances significativos a lo largo de la historia reciente, pero el camino por recorrer aún es largo, presentando un reto interesante, lleno de desafíos como también de satisfacciones para quien lo ha de emprender, tal como ha sido el caso de esta memoria.

13. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

ANTHONY, R. y GOVINDARAJAN, V. 2003. Sistemas de control de gestión. Décima edición. Madrid. Mc Graw Hill. 710 p.

BUGUEÑO, Moisés. Aplicación del Cuadro de Mando Integral Hospital San José, Ministerio de Salud Chile. Informe de Tesis. Santiago, Chile. MGP, Universidad de Santiago de Chile, 75 h.

CHIAVENATO, I. 2004. Introducción a la Teoría General de la Administración. Séptima Edición, McGraw-Hill Interamericana.

Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo, Memoria Anual 2008.

Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo, Memoria Anual 2009.

Dirección de Salud de San Bernardo, Diagnóstico Participativo en salud 2010.

Dirección de Salud de San Bernardo, Plan Comunal de Salud 2010 San Bernardo.

Dirección de Salud de San Bernardo, Plan Comunal de Salud 2011-2013 San Bernardo.

HAX, A. y MAJLUF N. 1996. Gestión de empresa: con una visión estratégica. Cuarta edición. Santiago. Ediciones Dolmen. 519 p.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; Baptista, Pilar. Metodología de la Investigación. México D.F. 3era edición. 2003. 706 h.

HITT M., BLACK S. y PORTER L. 2006. Administración. Novena Edición. Pearson Educación.

JOFRÉ R., Enrique. Modelo de diseño y ejecución de estrategias de negocios. #35 Serie Gestión, Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile, 2002, 43 h.

KAPLAN, R. y NORTON, D. 1997. El cuadro de mando integral. Barcelona. Ediciones Gestión 2000. 322 p.

KAPLAN, R. y NORTON, D. 2004. Mapas Estratégicos. Barcelona, Gestión 2000. 503 p.

LEIVA, Heidy; FLAMM, Matías. Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua. Revista Chilena de Salud Pública. 2007. Vol.11. 8 h.

MINISTERIO DE SALUD, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud de Chile. Aplicación 2009. Diciembre 2009.

VALDIVIESO, Vicente. 2000. La reforma de salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina: un intento de síntesis. [en línea] Revista Médica de Chile. Octubre 2000. Vol.128. nro. 10. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001000013&script=sci_arttext> [consulta: Marzo 2011]

WHITTAKER, James. 2001. The Balanced Scorecard at the Federal Government. Vienna, Virginia. Management Concepts. 278 p.

MINISTERIO DE SALUD. Funciones y Objetivos. [en línea] http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_funciones_objetivos/presentacion_funciones_objetivos.html [consulta: Octubre 2010]

http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_home/home.html

http://www.ssms.cl/url/page/ssalud/ss_metropolitano_sur/g_home/home.html

<http://www.corsaber.cl/interiores/salud/salud.php>

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR. Atención Primaria en el SSMS. [en línea]

http://ssmetropolitanosur.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/ss_metropolitano_sur/g_como_me_atiendo/como_me_atiendo_consultorios.html [consulta: Noviembre 2010]

DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS. Ficha de identificación Año 2010. Definiciones Estratégicas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. [en línea]

http://www.dipres.cl/574/articles-60962_doc_doc_pdf.pdf [consulta: Noviembre 2010]

UNIVERSIDAD ARTURO PRAT. DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN. Control de Gestión. [en línea]

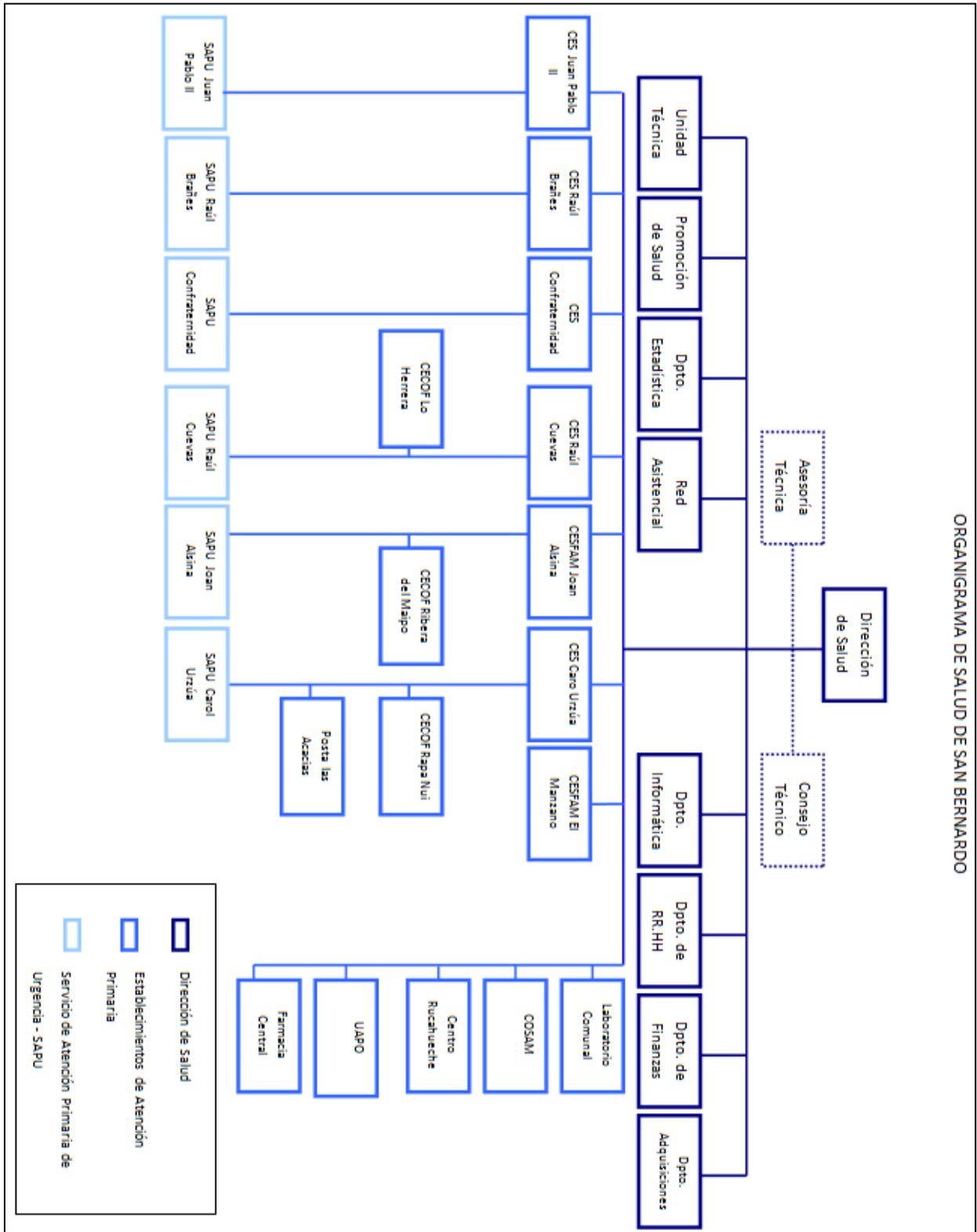
<http://www.slideshare.net/jcfdezmxmanag/gestin-estrategica> [consulta: Octubre 2010]

SILVA, María Cristina. 2006. El gurú de la gestión pública. El Mercurio, Economía y Negocios, Santiago, Chile, 14 Mayo.

<http://diario.elmercurio.cl/detalle/index.asp?id={247101ec-ab36-4cda-927d-16b0c5824245}> [consulta: Octubre 2010]

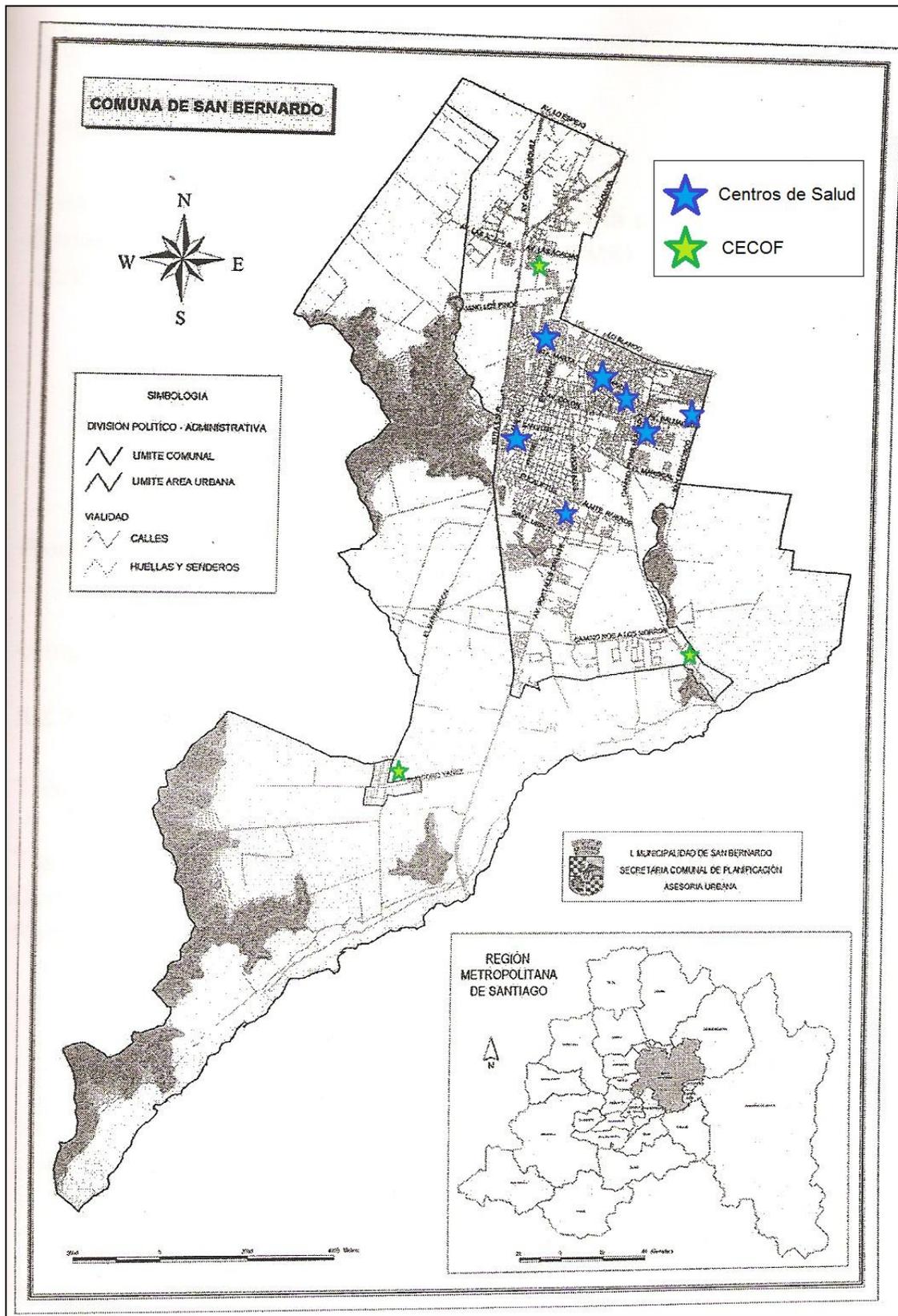
14. ANEXOS

Anexo A: Organigrama Dirección de Salud de San Bernardo



Fuente: Dirección de Salud de San Bernardo.

Anexo B: Mapa de San Bernardo y Establecimientos de APS



Fuente: Diagnóstico Participativo, Dirección de Salud de San Bernardo.

Anexo C: Encuesta DNC actual

 NOMBRE ESTABLECIMIENTO Y/O AREA DE TRABAJO:

**ENCUESTA DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN 2011
APS SAN BERNARDO**

De acuerdo a los Lineamientos Estratégicos planteados por el MINSAL y la necesidad de Gestión Local de capacitación, tendiente a instaurar el Modelo de Salud Familiar en la comuna, solicitamos responder por establecimiento y/o área de trabajo.

1.- Por favor ordene según prioridad en capacitación requerida: (1 a 5)

5 SALUD FAMILIAR NIVEL BÁSICO
4 SALUD FAMILIAR NIVEL MEDIO
1 RCP BÁSICO
2 DESARROLLO EN LA GESTIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO
3 AUTOCUIDADO DE EQUIPOS DE TRABAJO

2.- De no estar planteado su requerimiento en el punto uno, señale vuestras necesidades percibidas por su equipo de trabajo :

CURSO DE CALDERA (MANEJO.)
MANEJO DE ARENADORAS
CLASE DE CUIDADO TERMINAL

3.- A nivel de capacitación generada en forma interna por su establecimiento (solo de contar con los requerimientos técnicos y humanos), señale que tema podría ser abordado por su equipo docente.

CURSO DE RELACIONES HUMANAS

.....
.....
.....

Gracias.

Fuente: Dirección de Salud San Bernardo.

Anexo D: Encuesta DNC alternativa

ENCUESTA COMITÉ BIPARTITO DE CAPACITACIÓN

APELLIDOS:

Nombres:

Unidad institucional donde trabaja:

Fecha de respuesta a la encuesta:

Dependencia de la Unidad:

1. Experiencia de Trabajo:

1.1 Antigüedad en la institución: Año _____ Mes _____

1.2. Mencione los puestos de trabajo que ha ocupado hasta la actualidad en la institución y los años calendario de servicio en cada uno de ellos (agregue los puestos necesarios).

Puesto 1: _____ **Años:** _____

Puesto 2: _____ **Años:** _____

Puesto 3: _____ **Años:** _____

1.3 ¿Conoce el perfil y descripción de su puesto laboral? SI _____ NO _____

1.4. Mencione, a su juicio, cuáles son las 3 responsabilidades o actividades más importantes de su puesto.

1. _____

2. _____

3. _____

1.5 ¿Considera que tiene los conocimientos, habilidades y aptitudes para cumplir adecuadamente con las responsabilidades de su puesto actual?

Sí, totalmente _____ A medias _____ No los tengo _____

1.6 ¿Qué es lo que más le gusta de su puesto? ¿Por qué?

1.7 ¿Qué es lo que menos le gusta de su puesto? ¿Por qué?

2. Conocimientos y Habilidades:

2.1 ¿Qué conocimientos generales necesitaría para su buen desempeño laboral?
(Marque con X todos los que ud. crea pertinentes)

() Relaciones humanas en el trabajo
() Conocimientos Técnicos

() Seguridad e higiene
() Calidad en el servicio

2.2 ¿Qué conocimientos y habilidades específicas de su puesto necesitaría desarrollar?
(Nombre específicamente los que considere más importantes)

3. Capacitación:

3.1 ¿Ha recibido cursos de capacitación? SI _____ NO _____

3.2 ¿Considera adecuada la capacitación que ha recibido? SI _____ NO _____

¿Por qué?

3.3 ¿Cree que en la actualidad su desempeño es tan adecuado como lo desearía usted mismo? ¿Por qué?

3.4 ¿Cómo determina ud. qué cursos de capacitación necesita seguir? (Marque con X una sola opción)

- a. Opto por el que yo creo requerir para lograr un mejor desempeño ()
- b. De acuerdo a mi experiencia, me guío por la oferta de años anteriores ()
- c. En base al perfil de mi puesto de trabajo y el desarrollo de mis competencias ()
- d. Me inclino por el que me ayuda a alcanzar objetivos individuales y de la unidad ()
- e. Otra _____

3.5 ¿Qué clase de capacitación impartida prefiere? (Marque con X una sola opción)

- a. Interna con Instructor Externo ()
- b. Interna con Instructor Interno (de la misma institución) ()

- c. Externa en forma física ()
- d. Externa a través de Capacitación a Distancia (vía Internet) ()

3.6 ¿Qué tipo de competencias necesita desarrollar? (Marque con X una sola opción)

- a. Técnicas ()
- b. Habilidades ()
- c. Nivel académico ()
- d. Otra _____

3.7 Señale en relación a su puesto de trabajo ¿en que área debería capacitarse?

Agradecemos su valioso tiempo para contestar

Comité Bipartito de Capacitación

Fuente: Comité Bipartito de Capacitación, Universidad de Playa Ancha.

Anexo E: Dimensiones de Satisfacción ISU

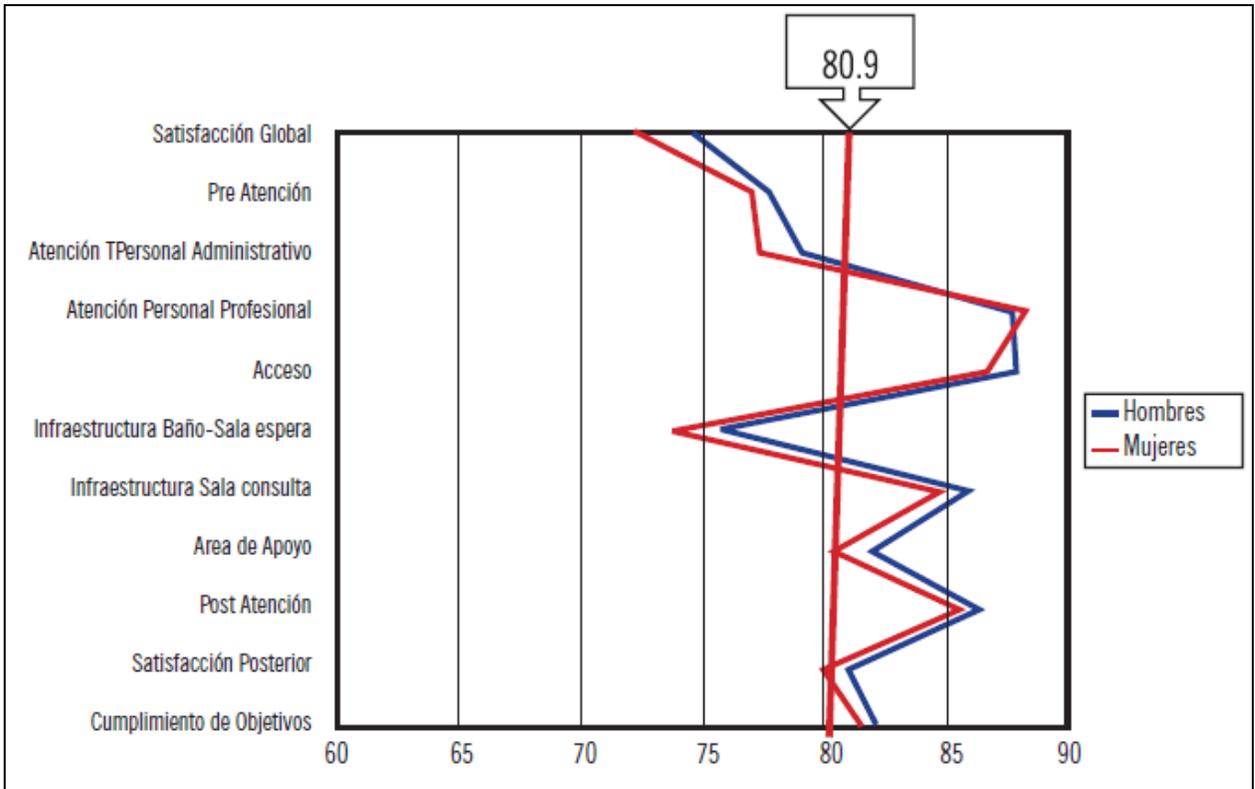
Cada tipo de establecimiento presenta características distintas, por lo que no todos contienen las mismas variables a evaluar por parte de los usuarios. Por ello se presenta a continuación una diferenciación de acuerdo al establecimiento de las dimensiones evaluadas para cada uno de ellos:

HOSPITALES			CENTROS DE SALUD
Atención Hospitalaria	Atención Ambulatoria	Atención Urgencia	
Satisfacción Global Previa	Satisfacción Global	Satisfacción Global Previa	Satisfacción Global Previa
Pre Atención	Pre Atención	Pre Atención	Pre Atención
Atención Personal Auxiliar	Atención Personal Auxiliar	Atención Personal Auxiliar	Atención Personal Administrativo
Atención Personal Profesional	Atención Personal Profesional		Atención Personal Profesional
Tiempo de Espera	Tiempo de Espera	Tiempo de Espera	
Infraestructura Sala	Acceso	Acceso	Acceso
Alimentación	Infraestructura Baño-Sala espera	Infraestructura Baño-Sala espera	Infraestructura Baño-Sala espera
Visitas	Infraestructura Sala consulta	Infraestructura Sala consulta	Infraestructura Sala consulta
	Areas de Apoyo		Area de Apoyo
Post Atención	Post Atención	Post Atención	Post Atención
Satisfacción Posterior	Satisfacción Posterior	Satisfacción Posterior	Satisfacción Posterior
Cumplimiento de Objetivos	Cumplimiento de Objetivos	Cumplimiento de Objetivos	Cumplimiento de Objetivos

Fuente: Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud de Chile, MINSAL.

Anexo F: Resultados Parciales ISU

El indicador ISU se construye de acuerdo a una escala de 7 puntos, la cual posteriormente se lleva a una escala de 0 a 100, donde 100 indica satisfacción completa y 0 satisfacción nula. Los resultados para los Centros de Salud (tanto CESFAM como CES y CECOF) a nivel nacional, diferenciados por género, son los siguientes:



Fuente: Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud de Chile, MINSAL.

Anexo G: Resultados ISU por Tipo de Establecimiento

No obstante el alcance de la gestión de la Dirección de Salud es el nivel primario de Atención (al cual sólo pertenecen los Centros de Salud), puede ser útil exhibir los resultados del indicador ISU obtenidos por los otros tipos de establecimiento de la red pública, lo cual se presenta a continuación:

Tipo de Establecimiento	Calificación
Centros de Salud	80,9
Ambulatorio	76,7
Hospitalario	83,9
Urgencia	71,1
PROMEDIO	78,1

Fuente: Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud de Chile, MINSAL.