



PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN ESTRATÉGICO PARA UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR

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

**Alumno: Gonzalo Henríquez Hormazábal
Profesor Guía: Liliana Neriz Jara**

Santiago, Diciembre 2017

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Contexto del establecimiento.....	2
1.3. Objetivos del Proyecto.....	5
1.4. Metodología Aplicada.....	5
1.5. Justificación del Proyecto	7
1.6. Limitaciones y Alcances del Proyecto.....	8
1.7. Descripción del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández.....	9
CAPÍTULO II: DECLARACIONES ESTRATÉGICAS	14
2.1. Misión del CVMF.....	14
2.2. Visión del CVMF.....	16
2.3. Definición de los Valores del CVMF	18
CAPÍTULO III: ANÁLISIS ESTRATÉGICO	20
3.1. Análisis Externo del CVMF	20
3.1.1. Análisis PESTEL al Macroentorno del CVMF.....	21
3.1.2. Análisis al Microentorno del CVMF – Modelo de Competencias de Cinco Fuerzas.	34
3.2. Análisis Interno del CVMF.....	38
3.2.1. Análisis de Recursos del CVMF	39
3.2.2. Análisis de Capacidades del CVMF.....	49
3.3. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas	55
3.4. Análisis FODA Cuantitativo al CVMF.....	60
CAPÍTULO IV: FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA	66
4.1. Definiendo la estrategia del CVMF	66
4.2. Desarrollo de la Propuesta de Valor	67
4.2.1. Identificación de atributos de la propuesta de valor.....	67
4.2.2. Relación de los atributos de la Propuesta de Valor con los valores institucionales	68
4.2.3. Relación de los atributos de la Propuesta de Valor con el Análisis FODA	69
CAPÍTULO V: MODELO DE NEGOCIO.....	71
5.1. Descripción y análisis de cada uno de los módulos del Canvas	71
5.2. Descripción y análisis de cada uno de los elementos del Canvas.....	76
5.3. Análisis de captura de valor en el actual modelo de negocio	79
CAPÍTULO VI: MAPA ESTRATÉGICO	81
6.1. El Mapa Estratégico como herramienta de planificación y control de gestión.....	81
6.2. Propuesta de un Mapa Estratégico para el CVMF.....	83
6.3. Explicación del Mapa Estratégico a partir de la descripción de los ejes estratégicos.....	83
6.4. Diccionario de objetivos del mapa estratégico propuesto para el CVMF.....	86
CAPÍTULO VII: EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	89
7.1. El Cuadro de Mando Integral como herramienta de planificación y control de gestión..	89
7.2. Propuesta de un Cuadro de Mando Integral para el CVMF.....	90

7.3.	Descripción de las principales iniciativas estratégicas incorporadas en el CMI.....	96
CAPÍTULO VIII: ALINEANDO A LA ORGANIZACIÓN.....		104
8.1.	Revisión del Organigrama de la institución.....	105
8.2.	Propuesta de Cuadros de Mando de Segundo Nivel.....	107
8.2.1.	<i>Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Clínica (SC).....</i>	<i>107</i>
8.2.2.	<i>Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Administrativa (SA).....</i>	<i>112</i>
CAPÍTULO IX: ESQUEMA DE INCENTIVOS		118
9.1.	La motivación como complemento del alineamiento organizacional.....	118
9.2.	Análisis del esquema de incentivos existente en el CVMF	120
9.3.	Justificación de un nuevo esquema de incentivos complementario.....	122
9.4.	Esquema de Incentivos propuesto para el segundo nivel jerárquico.....	123
CONCLUSIONES		130
BIBLIOGRAFÍA		133
ANEXOS		137

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: <i>Esquema Metodológico del Proyecto</i>	6
Ilustración 2: <i>Población inscrita en los Centros de Salud Familiar no municipales del país</i>	12
Ilustración 3: <i>Densidad de médicos por cada 10 mil habitantes</i>	22
Ilustración 4: <i>Principales problemas que preocupan a la población en Chile</i>	23
Ilustración 5: <i>Evolución de la percepción de los tres problemas prioritarios para la población</i>	24
Ilustración 6: <i>Nivel de aprobación de la gestión en salud</i>	25
Ilustración 7: <i>Evolución en la Percepción del desempeño de los ministros/as de Salud</i>	25
Ilustración 8: <i>Evolución del crecimiento del Producto Interno Bruto en Chile y sus proyecciones</i>	26
Ilustración 9: <i>Evolución del precio del Cobre a Julio 2017</i>	27
Ilustración 10: <i>Evolución del gasto en salud por componente entre 1990 – 2012</i>	27
Ilustración 11: <i>Tasa de Fertilidad en Chile entre los años 1960 - 2015</i>	31
Ilustración 12: <i>Pirámide Poblacional de Chile desde 1950 a 2050</i>	32
Ilustración 13: <i>Cambio del Perfil Epidemiológico de Chile entre 1909-1999</i>	32
Ilustración 14: <i>Sistema de Salud en Chile, según sus componentes</i>	35
Ilustración 15: <i>Cadena de Valor Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández</i>	50
Ilustración 16: <i>Modelo de Negocios del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández</i>	72
Ilustración 17: <i>Mapas Estratégicos: El modelo sencillo de creación de valor</i>	82
Ilustración 18: <i>Mapa Estratégico propuesto para el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández</i>	84
Ilustración 19: <i>Organigrama del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández</i>	106
Ilustración 20: <i>Flujograma estándar del proceso de atención</i>	108

Índice de Tablas

Tabla 1: <i>Niveles de atención de salud: Una mirada al Servicio de Salud Concepción</i>	3
Tabla 2: <i>Red de establecimientos del Servicio de Salud Concepción</i>	4
Tabla 3: <i>Comparación entre Centros de Salud Familiar según su dependencia</i>	11
Tabla 4: <i>Disponibilidad y distribución de Médicos. Servicios de Salud – Atención Primaria de Salud Municipal - Sector Privado</i>	36
Tabla 5: <i>Consultas en la Urgencia de Establecimientos Hospitalarios del Servicio de Salud Concepción durante el año 2012</i>	40
Tabla 6: <i>Cantidad de consultas por categorización de pacientes en el Hospital Guillermo Grant Benavente durante el año 2012</i>	41
Tabla 7: <i>Valoración de Factores Internos</i>	56
Tabla 8: <i>Valoración de Factores Externos</i>	58
Tabla 9: <i>FODA Cuantitativo al Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández</i>	61
Tabla 10: <i>Matriz de relación entre los atributos y el FODA</i>	69
Tabla 11: <i>Matriz de relaciones entre el Modelo de Negocio y la Propuesta de Valor</i>	77
Tabla 12: <i>Relación causa-efecto del Mapa Estratégico</i>	86
Tabla 13: <i>Cuadro de Mando Integral Propuesto para el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández</i>	91
Tabla 14: <i>Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Clínica</i>	109
Tabla 15: <i>Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Administrativa</i>	114
Tabla 16: <i>Incentivos por desempeño vigentes en el Cesfam Dr Víctor Manuel Fernández</i>	121
Tabla 17: <i>Relación entre el Cuadro de Mando Integral y los incentivos existentes</i>	122
Tabla 18: <i>Esquema de Incentivos propuesto para la Subdirección Clínica</i>	126
Tabla 19: <i>Esquema de Incentivos propuesto para la Subdirección Administrativa</i>	128

Resumen Ejecutivo

Este proyecto desarrolla un ejercicio teórico-práctico de formulación y diseño de un sistema de control de gestión para el Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, uno de los establecimientos más antiguos de la provincia de Concepción que entrega prestaciones de salud a la comunidad. El primer capítulo de este proyecto entrega una aproximación inicial del contexto que actualmente enfrenta el establecimiento y los desafíos por los cuales atraviesa actualmente como dependiente del Servicio de Salud Concepción, para luego continuar con una descripción amplia desde sus orígenes, hasta conocer algunas de las cualidades que lo diferencian de los demás establecimientos de atención primaria.

Seguidamente, en los capítulos 2 y 3, mediante una adaptación metodológica del Sistema de Gestión Integrado de los autores Kaplan y Norton, el proyecto se desenvuelve en tres etapas comenzando por el desarrollo de la estrategia. Para ello, se efectúa un análisis de las declaraciones estratégicas que la institución tiene vigentes y, en ausencia de ellas, el autor del proyecto, elabora una propuesta que permite continuar con las definiciones previas a la formulación del sistema de control. Luego, se profundiza en el contexto del establecimiento a través de herramientas de análisis estratégico, cerrando el tercer capítulo con un análisis FODA Cuantitativo.

Con la identificación de los factores intrínsecos que resultan claves para tomar ventaja de las oportunidades o aquellos que pudieran obstaculizar este propósito, el proyecto inicia su segunda etapa metodológica de planificar la estrategia, abarcando desde los capítulos 4 al 7, comenzando por su formulación. De acuerdo a lo investigado, se propone asumir una estrategia de diferenciación, con la cual se plantea una propuesta de valor que define la promesa que el establecimiento declara a los usuarios en cuanto a los servicios que dispone. A partir de esta formulación, se inicia el desarrollo del sistema mediante el diseño de una serie de herramientas de control, comenzando en el capítulo quinto con un análisis del actual modelo de negocio que describe la forma como el centro de salud crea, entrega y captura valor para sus usuarios. Luego, el sexto capítulo recoge la planificación y la traduce en objetivos, mediante el diseño del Mapa Estratégico, distribuyéndolos en cuatro perspectivas que describen la relación causa-efecto que estos tienen para dar cumplimiento a la estrategia. En este momento, es posible identificar los ejes estratégicos de Eficiencia Operacional, Camino a la Excelencia y Orientación al Usuario, entregando los lineamientos sobre los cuales debe trabajar la institución en vías de la implementación del sistema de control. Finalizando la segunda etapa de la planificación de la estrategia, se construye un Cuadro de Mando Integral con la finalidad de operativizar la formulación del mapa, mediante el desarrollo de indicadores, metas e iniciativas que contribuyan en el control de los desempeños y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Sin embargo, impulsar las iniciativas que permitan alcanzar los objetivos propuestos, requiere del compromiso y motivación de las personas que trabajan en el centro de salud. Para ello, la tercera etapa de la metodología aplicada al proyecto dice relación con el alineamiento de la organización, por consiguiente, el octavo capítulo propone una metodología de alineamiento a través del desdoblamiento del cuadro de mando del primer nivel o institucional a uno de segundo nivel jerárquico donde se encuentran las subdirecciones clínica y administrativa, identificando procesos que, en común, contribuyen al logro de uno de los atributos de la propuesta de valor definida. Lo anterior, se materializa mediante el diseño de Cuadros de Mando para cada una de las subdirecciones, utilizando el atributo de brindar “soluciones efectivas”. En este mismo sentido, el noveno capítulo incorpora la formulación de un esquema de incentivos con la finalidad de motivar y premiar el esfuerzo que deberán entregar las personas que lideran las subdirecciones del centro de salud.

En definitiva, a juicio del autor de este proyecto, es posible concluir que la aplicación de un sistema de control, en un establecimiento de estas características, es posible. Ésta entre otras conclusiones y recomendaciones, serán desarrolladas en el capítulo final de este informe.

Capítulo I: Introducción

1.1. Introducción

Desde sus inicios, la historia de la salud y la medicina en Chile han estado marcadas por grandes hitos, comenzando por la fundación, en el año 1552 por Pedro de Valdivia, del “Hospital del Socorro” (actualmente llamado Hospital San Juan de Dios) y para el año 1771 la fundación del “Hospital de Mujeres” (actualmente llamado Hospital San Borja), instituciones creadas bajo el modelo europeo cuya premisa católica consistía en el desarrollo de la medicina como un acto de compasión por los desfavorecidos. De esta forma, para el año 1797 se instituyó una lotería para conseguir recursos destinados a los hospitales, la que más tarde se institucionalizaría como la “Polla Chilena de Beneficencia”, consolidándose un modelo de “salud caritativa” financiada además mediante actos de filantropía, con donaciones en terrenos, dinero y edificios. Recién el año 1842, mientras se consolida la república, se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile iniciándose el proceso de formación de profesionales en la salud (Casorzo, 2008, pág. 24). Desde ese entonces, el estado adquiere un rol protagónico en el financiamiento de la salud, pasando de la caridad al asistencialismo como un derecho, sumándose una serie de cambios demográficos, epidemiológicos y estructurales, que han obligado a este sector a crear una serie de instituciones que administren procesos de apoyo en la gestión. Sin embargo, este proceso de introducción de nuevas técnicas ha sido lento, concentrando una gran parte de la administración en niveles ministeriales.

Otro de los grandes hitos que han marcado la historia de la salud en Chile, fue la reforma de la salud del año 2005, iniciándose una nueva etapa de desconcentración, al implementar el proceso de autogestión que debían llevar adelante los hospitales públicos de mayor complejidad, los cuales se vieron en la obligación de implementar sistemas de control para la gestión que les permitieran evaluar su propio desempeño y dar cumplimiento al mandato ministerial. Sin embargo, aún está pendiente el nivel de atención que mayor población atiende en este sector, como es el nivel primario de salud. Lo cual, la deja muy lejos de contar con bases sólidas para asumir en forma efectiva la responsabilidad de responder por la salud de su población, careciendo de una administración profesionalizada, sin autonomía suficiente para adecuar y orientar iniciativas de acuerdo a las necesidades de la población mandatada, con poca participación ciudadana y sin un claro sentido de territorio y población a cargo (Montero, Téllez, y Herrera, 2010, págs. 10-11).

Actualmente en Chile coexisten dos subsistemas de salud en la misma industria, los cuales están agrupados según: su fuente de financiamiento, seguros de salud y prestadores de salud, resultando un sistema de salud público y otro privado. El sistema de salud público, entrega cobertura a un 81% de la población del país, la cual es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA), organismo que entrega cobertura financiera, actuando como un seguro de prestaciones de salud de administración estatal. Por otra parte, el sistema de salud privado, entrega cobertura a un 17% de la población.

El restante 2% pertenece al sistema de salud de las fuerzas armadas, administrada por la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) con recursos del Fondo de Medicina Curativa aportado por sus socios (Benavides, Castro, y Jones, 2013, pág. 9).

Dentro de la red de establecimientos públicos que entregan prestaciones de salud a la población se encuentran aquellos pertenecientes a la Atención Primaria de Salud (en adelante denominado como APS), considerados la “*puerta de entrada*” a un sistema compuesto por tres niveles de atención, siendo el nivel primerio aquel que mantiene el primer contacto con las personas, la familia y la comunidad. Desde el año 1980, estos establecimientos son administrados por las municipalidades, según la comuna en la cual se encuentran distribuidos, sin embargo, existe un número pequeño de ellos que aún se encuentran administrados directamente por los Servicios de Salud del país. Dada la relevancia que este nivel de salud tiene, cuya finalidad es dar acceso y oportunidad de atención de salud para los usuarios, el presente trabajo tiene por objeto proponer un sistema de control de gestión que logre implementar una estrategia para abordar las problemáticas y desafíos que actualmente enfrenta el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández de Concepción (en adelante denominado como “Centro de Salud” o “CVMF”), uno de los 29 establecimientos APS no municipales del país, que actualmente se encuentra entre uno de los cinco establecimientos de la APS con mayor población inscrita, con tarea pendiente en acreditación institucional y con uno de los niveles de satisfacción usuaria más bajos del país.

1.2. Contexto del establecimiento

El Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández es dependiente del Servicio de Salud Concepción, uno de los 29 Servicios de Salud del país, el cual, tiene sus orígenes en el año 1979 con la fusión del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), por medio del Decreto de Ley N° 2.763, convirtiéndose en una nueva figura legal que crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (en adelante denominado como SNSS).

El año 2004, como parte fundamental de la reforma de la salud, se promulga la ley N° 19.937, que modifica el DL N° 2.763. Esta ley tuvo como finalidad establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Seguidamente, con el DFL N° 140, del año 2004, se aprueba el nuevo Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, definiendo así, las funciones específicas de articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente para las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas, como señala el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud contenido en el DTO N° 140 del año 2004.

Finalmente, con la promulgación del DFL N° 1¹, del año 2005, se consolida el marco de acción de la reforma de la salud, en cuyo texto se establecen las funciones y atribuciones que tendrán los organismos públicos pertenecientes al SNSS, entre los que se encuentran, como organismos rectores, el Ministerio de Salud (en adelante denominado como Minsal) y sus dependientes Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales. Esta situación queda expresada en el Anexo N° 1 del informe con la ilustración “Sistema de Salud Actual en Chile”. Dentro de este contexto, el Servicio de Salud Concepción figura como dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, entidad que:

“... tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.” (Ministerio de Salud, 2005)

La red asistencial despliega sus acciones de salud por intermedio de 29 Servicios de Salud (en adelante denominado como SS) distribuidos en todas las regiones del país, quienes, a su vez, administran establecimientos organizados en tres niveles de complejidad: Primaria, Secundaria y Terciaria. En este último caso, incluye a las urgencias de los SS. Los niveles de salud descritos anteriormente, para el caso del SSC, quedan expresados en la Tabla 1.

Tabla 1: *Niveles de atención de salud: Una mirada al Servicio de Salud Concepción*

Niveles de Atención	Establecimientos relacionados del SSC
Nivel Primario	Corresponde a los CECOF (Centros Comunitarios de Salud Familiar); Consultorios; CESFAM (Centros de Salud Familiar); Posta de Salud Rural; SAPU (Servicios de Atención Primaria de Urgencia). En este nivel se encuentran también los establecimientos pertenecientes a la Dirección de Administración de Salud (DAS) de la Municipalidad de Concepción.
Nivel Secundario	Atención de Especialidades del Centro de Atención Ambulatoria (CAA), ubicado en dependencias del Hospital Guillermo Grant Benavente (Hospital Base). También existe atención de algunas especialidades en el Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández.
Nivel Terciario	Corresponde a las hospitalizaciones o atención cerrada. Acá se encuentran los establecimientos hospitalarios en sus diferentes complejidades (Alta, Mediana y Baja Complejidad), además de recintos privados en convenio.
Atención de Urgencias	Existe un Servicio de Atención Médica de Urgencia Regional (SAMU) que coordina los traslados de pacientes críticos a los diferentes establecimientos hospitalarios y, de ser necesario, a nivel nacional para la derivación de aquellos pacientes críticos que la red local no pueda resolver.

Fuente: Servicio de Salud Concepción. URL: http://ssconce.redsalud.gob.cl/?page_id=41. (31/07/2017).

¹ Decreto con Fuerza de Ley N°1/2005, “Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2.763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469”, promulgada el 23 de septiembre de 2005, por el Ministerio de Salud.

El SSC, sin considerar la dirección administrativa, tiene una red de 19 establecimientos de salud en diferentes niveles de atención a los cuales debe supervisar su funcionamiento, entre ellos, 12 son de dependencia directa, incluido el CVMF, objeto del proyecto. Por otra parte, los restantes 7 establecimientos (incluidos los SAPU/SAR) son administrados por la Municipalidad de Concepción a través de la Dirección de Administración de Salud (en adelante denominada como DAS). Sin embargo, a los establecimientos de salud municipales, el SSC debe ejercer una función de supervisión en la ejecución de programas de salud, formalizados mediante convenios firmados por el director del SSC y el alcalde de la Municipalidad, los que involucran recursos e indicadores de actividad con metas negociadas cada año. La distribución de establecimientos de acuerdo con su dependencia y nivel de atención se puede apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2: *Red de establecimientos del Servicio de Salud Concepción*

Niveles de Atención	Servicio de Salud Concepción	DAS Municipalidad de Concepción
<i>Atención Primaria</i>	1 CESFAM Dr. Víctor Manuel Fernández. - 1 SAR Dr. Víctor Manuel Fernández* 1 CESFAM Villa Nonguén (ONG)	6 CESFAM - 3 SAPU - 1 SAR - 1 Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)
<i>Atención Secundaria</i>	1 Centro de Sangre (CDT) 2 Consultorios de Salud Mental (COSAM)	1 Centro de Referencia de Salud (CRS)
<i>Atención Terciaria***</i>	3 Hospitales de alta complejidad 1 Hospital de mediana complejidad 2 Hospitales de baja complejidad	(No tiene)
<i>Otra Institución</i>	1 Dirección del SSC 1 PRAIS****	1 Dirección de Administración en Salud (DAS)

* Los establecimientos SAPU, SAR y CECOSF, se encuentran adosados y administrados por los respectivos Cesfam, por lo tanto, no son contabilizados como establecimiento.

** El Cesfam Villa Nonguén es una ONG que presta servicios al Servicio de Salud Concepción.

*** Los hospitales de alta complejidad son el Hospital Guillermo Grant Benavente (Hospital base de Concepción); Hospital de Coronel y Hospital de Lota. El hospital de mediana complejidad corresponde al H. Traumatológico de Concepción. Y los hospitales de baja complejidad corresponden a los hospitales de Florida y Santa Juana.

**** Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS), es parte de una política pública de reparación a personas y familiares víctimas de violaciones a los derechos humanos, ocurridos durante el periodo de septiembre 1973 y marzo de 1990.

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). URL: <http://www.deis.cl/estadisticas-recursosalud/>. (31/07/2017).

1.3. Objetivos del Proyecto

Objetivo General.

Proponer un sistema de control de gestión estratégico para el Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández de la comuna de Concepción.

Para el logro de este propósito se requiere de la definición y cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

- Proponer una estrategia que permita al establecimiento enfrentar los desafíos por los próximos 3 años, redefiniendo la misión, visión y valores institucionales.
- Diseñar un sistema de control de gestión mediante el empleo de modelos de control para la implementación de la estrategia, coherente con el modelo de negocio actual.
- Proponer iniciativas que contribuyan a la consecución de objetivos estratégicos definidos en el diseño del sistema de control.
- Proponer una herramienta de alineamiento organizacional y esquema de incentivos complementario como instrumento motivacional.

1.4. Metodología Aplicada

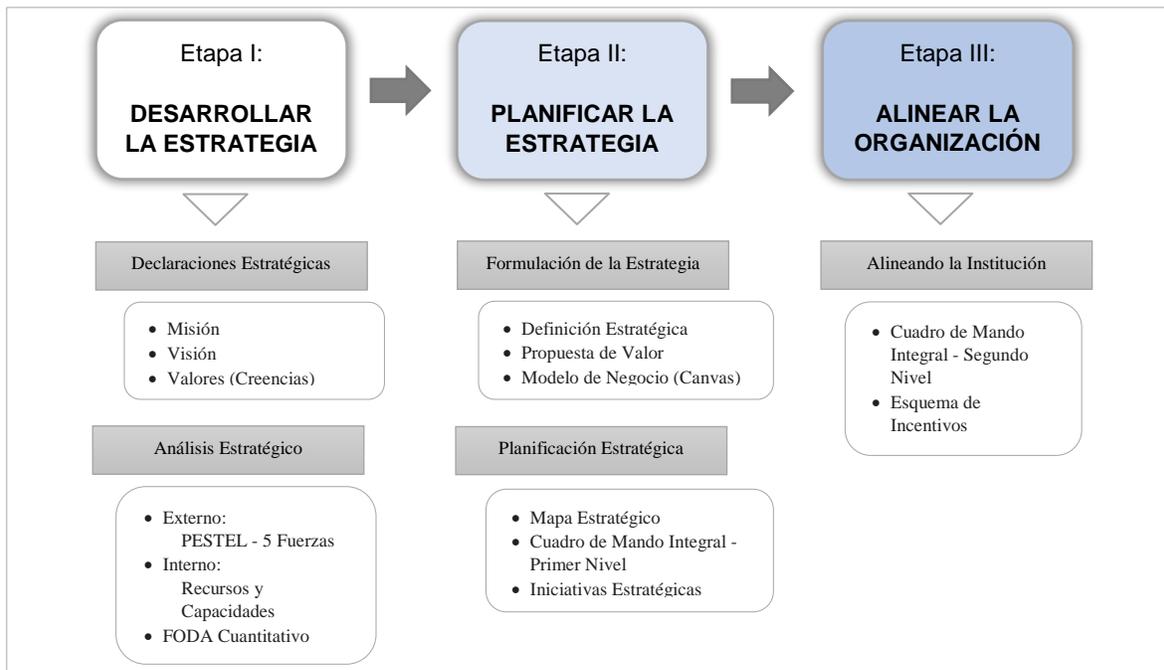
La elaboración del proyecto tuvo la orientación metodológica del Sistema de Gestión Integrado de los autores Kaplan y Norton (2010), el cual, consiste en integrar la formulación y planificación de la estrategia definida con la ejecución operacional. El sistema original, propuesto por los autores, consta de seis etapas: 1) Desarrollar la estrategia; 2) Planificar la Estrategia; 3) Alinear la Organización; 4) Planificar Operaciones; 5) Controlar y Aprender; y 6) Probar y Adaptar. No obstante, la finalidad de este trabajo es la aplicación de modelos de control de gestión con fines académicos, por lo tanto, el proyecto fue desarrollado hasta la formulación y diseño, pero no contempla su implementación. Lo anterior, queda graficado en el esquema de la Ilustración 1.

El alcance que tuvo cada una de las etapas del esquema metodológico, se describen a continuación:

i. Desarrollar de la estrategia.

El desarrollo de la estratégica contempló, en una primera instancia, la identificación de las definiciones estratégicas, entre las que se encuentran: La Misión, Visión y Valores. Para estas definiciones, se procedió a verificar en la documentación y sitio web de la institución toda la información disponible. Aquellas no disponibles en la institución, fueron formuladas utilizando información bibliográfica, permitiendo desarrollar un análisis crítico y propuesta que permitiera continuar con el avance del proyecto.

Ilustración 1: *Esquema Metodológico del Proyecto*



Fuente: Adaptación propia del “Sistema de Gestión Integrado”. Kaplan y Norton (2010)

Posteriormente, se efectuó el análisis estratégico tanto externo como interno, mediante una serie de herramientas metodológicas. Para el estudio externo se utilizó el Análisis PESTEL y Cinco Fuerzas Competitivas, mientras que para el examen interno se empleó el Análisis de Recursos y Capacidades, esta última, mediante el modelo de Cadena de Valor. La información para el análisis, fue obtenida mediante la investigación bibliográfica, artículos de prensa, documentación de instituciones públicas relacionadas con el sector salud, entre otros. En ambas instancias hubo participación activa del Equipo Gestor² del centro de salud, quienes fueron orientados de acuerdo al procedimiento aplicado por el autor de este proyecto y posteriormente participes de la entrega de información, a través de entrevistas y formularios con indagación relevante para el proyecto. Las conclusiones de esta etapa fueron puestas en conocimiento del equipo directivo del establecimiento, encabezado por su director, de quienes se obtuvo lineamientos generales que permitieron encausar la discusión.

Con la información anterior, se procedió a elaborar un análisis FODA Cuantitativo, del cual, gran parte de los resultados fueron consensuados con el equipo directivo del establecimiento, sin embargo, existen resultados que quedaron a criterio del autor de este proyecto. Una vez definido el FODA, se procedió a idear una formulación estratégica genérica, incluyendo la Propuesta de Valor con tres atributos concretos, los cuales fueron sometidos a un análisis de validación, vinculándolos con el resultado del FODA y la declaración de valores.

² Equipo Gestor, es un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, cuya función es asesorar al director del centro de salud en la implementación del modelo de salud familiar.

ii. Planificar la Estrategia.

En esta etapa se utilizó el modelo *Canvas*, con la finalidad de identificar el modelo de negocio que actualmente ejecuta el centro de salud, permitiéndole la creación y captura de valor. Posteriormente, se diseñó un Mapa Estratégico que contiene la traducción de la estrategia mediante una serie de objetivos relacionados entre sí y distribuidos en cuatro perspectivas. En esta instancia, se definieron los ejes estratégicos, es decir, se agruparon los objetivos que contribuyen al logro de cada uno de los atributos que proporcionan la creación y captura de valor. Al final de esta etapa, se formuló un Cuadro de Mando Integral (CMI) con el objeto de operativizar la estrategia planteada en el mapa, a través de indicadores y metas por cada uno de los objetivos estratégicos, en función de controlar el avance de una eventual implementación. Por último, se definió una cartera de iniciativas que contribuyen en el logro de los objetivos propuestos.

iii. Alinear la Organización.

Teniendo en cuenta que son las personas quienes dan vida a una organización y cuyo desempeño debe ser acorde a las exigencias que la institución requiere para el logro de los objetivos, se desplegó el CMI al segundo nivel jerárquico, seleccionando a las subdirecciones clínica y administrativa las cuales tienen influencias en comun. La primera, el logro de uno de los atributos de la propuesta de valor incluida en la perspectiva del usuario y, la segunda, la entrega de un recurso clave para la subdirección clínica. Seguidamente, se elaboró para cada una de ellas, un cuadro de mando y esquema de incentivos que alineen y entreguen la motivación necesaria para alcanzar desempeños sobresalientes, contribuyendo a la creación de valor del centro de salud. Finalmente el proyecto da cuenta de las conclusiones y resultados obtenidos durante el desarrollo del proyecto.

1.5. Justificación del Proyecto

En Chile, la entrada en régimen de la reforma de la salud efectuada el año 2005 estuvo acompañada de grandes desafíos, entre los cuales se encontraban la implementación de 69 patologías de la salud garantizadas por el estado denominadas como Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), las cuales aseguraban el acceso, oportunidad de la atención, protección financiera y calidad. Lo anterior llevó a iniciar un proceso de cambio organizacional que entregaría mayor autonomía y creación de centros de responsabilidad en los establecimientos prestadores de salud. El proceso se inició con los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad, sin embargo, este proceso no ha avanzado hacia otros niveles de atención de salud. Por esta razón, el proyecto propuesto tiene como finalidad efectuar un ejercicio académico con uno de los establecimientos pertenecientes al nivel de Atención Primaria de Salud (APS), el cual atiende a una importante población cercana a los 40 mil habitantes de la comuna de Concepción. De esta forma, el proyecto pretende desarrollar una planificación estratégica y diseño de mecanismos de control de gestión que permitan orientar el trabajo con un enfoque a la autogestión, convergente a los lineamientos ministeriales.

Adicionalmente, al tratarse de un establecimiento que está actualmente sometido a nuevos desafíos como son: la implementación de un Servicio de Atención de Urgencias de Alta Resolutividad (en adelante denominado SAR) y el próximo vencimiento para obtener la acreditación como establecimiento de atención abierta de baja complejidad, proceso que es exigido por la Superintendencia de Salud y que además se debe mantener en el tiempo.

Lo anterior, obliga al nivel directivo de la institución contar con una planificación y mecanismos de control que propendan a direccionar los esfuerzos a obtener desempeños sobresalientes para el cumplimiento de estas y otras materias.

Por otra parte, esta institución al ser dependiente del Servicio de Salud Concepción (en adelante denominada como SSC), la ubica en un contexto particular frente a los demás establecimientos de la APS dependiente de las municipalidades, ya que cuenta con una estructura organizacional que, además de tener unidades clínicas, tiene incorporadas las unidades de apoyo administrativas que le dan soporte a sus actividades. En consecuencia, tiene las posibilidades de desarrollar un sistema de control de gestión con mayor sofisticación que le permitan impulsar iniciativas con resultados verificables en el mediano y largo plazo.

Por último, de la información obtenida por el autor de este proyecto, fue posible constatar que el establecimiento requiere introducir una gestión del cambio que le permita desarrollar una identidad cultural orientada a sus usuarios y con enfoque a obtener resultados a través de desempeños medibles, los que son posibles de encausar y lograr con el apoyo de herramientas de control como las propuestas en este proyecto.

1.6. Limitaciones y Alcances del Proyecto

El proyecto intenta desarrollar, en un contexto real, la formulación de técnicas de control de gestión ampliamente utilizadas en empresas privadas y públicas, pero de las cuales no existe evidencia empírica de haber sido implementadas en establecimientos de este nivel de atención de salud en el país. En consecuencia, se trata de un proyecto cuyo alcance termina con la formulación de la planificación estratégica y el diseño de un sistema de control, no así de su implementación.

La primera etapa metodológica fue desarrollada con la activa participación del equipo gestor del establecimiento, así como su equipo directivo. Sin embargo, las etapas posteriores pertenecen a propuestas basadas en el juicio profesional del autor de este proyecto. Además, tanto la planificación estratégica como el diseño de herramientas de control fueron desarrollados considerando las particularidades de un establecimiento que posee una estructura organizacional y dependencia poco habitual en establecimientos APS dentro del sistema de salud pública. Por lo tanto, una de las limitaciones del proyecto dice relación con que la formulación estratégica y los modelos de control propuestos en este proyecto no son homologables a otros establecimientos de la APS de dependencia municipal.

Otra limitación que implica el desarrollo de este proyecto es la imposibilidad de profundizar mayormente en estrategias vinculadas con la promoción y prevención de enfermedades, ya que la mayor parte de los recursos están asociados a programas de tratamiento individual curativo, dejando relegado a un segundo plano las acciones de tipo promocional y preventivo. Finalmente, otra de las limitaciones de este trabajo, es propia de establecimientos de dependencia estatal, sobre todo aquellos vinculados al sector salud, ya que existe una alta centralización en la administración de recursos, lo cual impide al establecimiento avanzar con agilidad en destinar recursos presupuestarios hacia esquema de incentivos, ya que estos se encuentran predefinidos por ley. Algo similar ocurre al impulsar proyectos de innovación tecnológica, ya que deben ser canalizados a través del SSC, quienes antes de patrocinar ante el ministerio para conseguir recursos en ejercicios presupuestarios posteriores, deben verificar que las iniciativas se encuentren dentro de las prioridades de desarrollo que tiene proyectadas el articulador de redes.

1.7. Descripción del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández

La unidad estratégica sobre la cual se dará curso al proyecto es el “Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández”, uno de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Concepción. Este establecimiento se encuentra ubicado en la comuna de Concepción frente a la Plaza Acevedo, por calle Maipú, a la altura del N° 2120. Actualmente está administrado por el Dr. Ralph Müller Gilchrist (director), quien lleva más de 17 años a cargo de la institución, y cuya jefatura directa es el director del Servicio de Salud Concepción, Dr. Marcelo Yévenes Soto. Es un establecimiento clasificado, dentro del sistema de salud, como de baja complejidad, perteneciente al nivel de la APS, sin embargo, entrega también prestaciones de especialidades odontológicas de nivel secundario.

Sus orígenes se remontan desde el año 1931 como “Policlínico para Enfermedades Venéreas de Plaza Acevedo”, situación muy acorde con el perfil epidemiológico de la época que ubicaba a Chile con una de las tasas de mortalidad más altas en la región a causa de enfermedades transmisibles (infecciones fundamentalmente). Posteriormente, en el año 1940, se refunda con el nombre de “Consultorio para la madre y el niño”. A continuación, en el año 1976, es reinaugurado en su actual ubicación como “Consultorio Plaza Acevedo” con tan solo 30 funcionarios. Más adelante, el año 1979, mediante la Res. Ex. N° 960, cambia al nombre de “Consultorio Dr. Víctor Manuel Fernández”.

El modelo de salud biomédico, predominante de la época, que consistía en “mejorar al enfermo”, es decir, entregar acciones de salud reactivas a la población, presenta desde el año 1984 las primeras transformaciones, con la incorporación de nuevos modelos de atención médico primario, que pretendieron abandonar el paradigma individualista de los consultorios. La nueva premisa trató de abordar al paciente desde una mirada preventiva y comunitaria, es decir, desplegando acciones de salud no solo cuando el individuo está enfermo, sino también, manteniendo un control de pacientes crónicos, evitando que su estado de salud se deteriore con rapidez, involucrando a la familia y comunidad en el proceso.

De esta forma, el establecimiento cambia nuevamente de nombre a “Centro de Salud Dr. Víctor Manuel Fernández”. Finalmente, el año 2004, con la reciente entrada en vigencia de la Reforma de la Salud en Chile, que reconoce a la APS como un pilar fundamental en materias de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de enfermedades, se implementa en el país un nuevo modelo de salud con enfoque en la familia y la comunidad, el cual, tiene dentro de sus principales objetivos, entregar mayor equidad en el acceso y oportunidad a la salud, al brindar una atención en la etapa temprana de la enfermedad, asumiendo que los ex consultorios no estaban a la altura de responder al nuevo perfil demográfico y epidemiológico de la población. Es así, como el año 2004, después de implementar un proceso de cambio organizacional, se acredita al establecimiento como: “Centro de Salud Familiar (Cesfam) Dr. Víctor Manuel Fernández”. No obstante, en la reforma existe una ausencia explícita de la APS, donde existe un absoluto predominio de intervenciones individuales y curativas por sobre las promocionales y preventivas, así como su ausencia en la Ley de Autoridad Sanitaria que no considera la gestión organizacional de la APS ni una mayor potenciación del desarrollo local (Montero et al., 2010).

Este establecimiento público, es el único de la APS, en la provincia, dependiente del Servicio de Salud Concepción, los demás 44 establecimientos APS pertenecen a las Municipalidades que conforman la provincia de Concepción. Por lo tanto, ser dependiente del SSC le proporciona ciertas particularidades que lo hacen distinto a los establecimientos de su sector. En la Tabla 3, se puede observar un cuadro comparativo de algunas características distintivas respecto a los establecimientos APS municipales. Entre las principales diferencias se encuentra su financiamiento, ya que su base operacional la recibe mediante transferencias mensuales desde el Servicio de Salud, a través del “Programa de Prestaciones Institucionales” (PPI). En cambio, los establecimientos municipales tienen un financiamiento de base operacional calculado “Percápita” que es un valor fijo por habitante inscrito, cuyas remesas son mensuales.

Su estructura organizacional es de tipo funcional, liderada por un director, que en este caso es Médico Geriatra. La estructura organizacional también es distinta a los establecimientos de la APS Municipal, ya que, estos últimos, son administrados centralizadamente, a través de la DAS que se encuentra físicamente en la municipalidad, a diferencia del CVMF que cuenta con dos subdirecciones funcionales denominadas: Subdirección Clínica y Subdirección Administrativa.

A consecuencia de lo anterior, el CVMF dispone de mayor autonomía en cuanto a las operaciones y, a su vez, teniendo la posibilidad de actuar como “laboratorio” del SSC en la implementación de nuevas prestaciones de salud y tecnologías de apoyo, transformándolo en un potencial referente de la APS en la provincia. Además, su director, forma parte del equipo directivo del SSC, por lo tanto, tiene relación inmediata con los directores de establecimientos hospitalarios lo que, en alguna medida, es un potencial en su trabajo dentro de la red asistencial de la provincia.

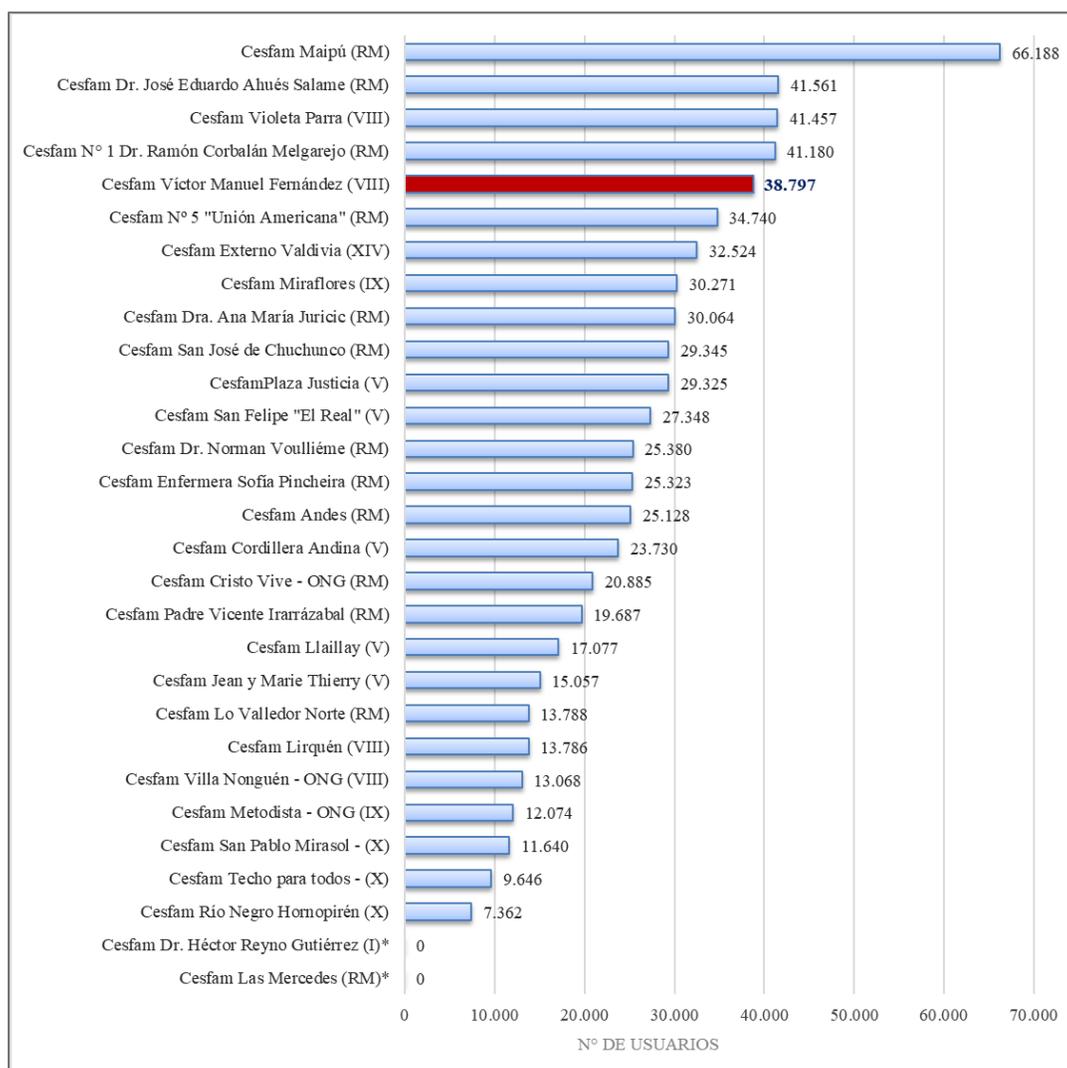
Tabla 3: *Comparación entre Centros de Salud Familiar según su dependencia*

Conceptos	Cesfam Dr. VMF	Cesfam Municipales
Dependencia	Director SSC	Director DAS Municipal
Estructura Organizacional	Funcional (Clínico – Administrativa)	Funcional clínica
Usuario Objetivo	Población jurisdiccional	Población jurisdiccional
Especialidades	Odontología, Pediatría, Oftalmología, Médico Salud Familiar	Médico de Salud Familiar
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Transferencias mensuales para gastos operacionales. - Convenios APS. - Convenios por Prestaciones Valoradas (fundamentalmente GES) 	<ul style="list-style-type: none"> - Transferencias mensuales para gastos operacionales mediante un percápita. - Convenios de APS. - % Presupuesto Municipal.
Normas Laborales	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 18.834 (Estatuto Administrativo) - Ley 19.937 (Médicos, Odontólogos, QF y Bioquímicos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 19.378 (Estatuto de la APS Municipal)
Medición Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> - COMGES - IAAPS - Programas de la APS - Ley Médica 19.664 - Encuesta de Satisfacción al Usuario 	<ul style="list-style-type: none"> - IAAPS - Encuesta de Satisfacción al Usuario
Incentivos	<ul style="list-style-type: none"> - Bono desempeño colectivo e individual - Bono satisfacción al usuario - Bono de permanencia - Incentivo al retiro voluntario 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación anual de mérito - Bono de permanencia - Incentivo al retiro voluntario - Asignación de desempeño difícil - Bono satisfacción al usuario

Fuente: Elaboración propia.

En el país existen 29 establecimientos de APS certificados como Cesfam, dependientes de los Servicios de Salud, incluidas las ONG que prestan servicios. De acuerdo con la información disponible en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), el CVMF tiene asignados 38.797 habitantes, la quinta mayor población inscrita en el país y segunda en la región, después del Cesfam Violeta Parra perteneciente al Servicio de Salud Ñuble (Chillán). A nivel provincial, el CVMF es el Cesfam con mayor población inscrita, superando a los demás establecimientos APS municipales. En la Ilustración 2, se puede apreciar la población que tienen inscrita los Cesfam no municipales en el país.

Ilustración 2: Población inscrita en los Centros de Salud Familiar no municipales del país



* Sin información verificable.

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). URL: <http://www.deis.cl/estadisticas-recursos-salud/>. Archivo: "Descarga completa listado de establecimientos de salud" (07/07/2017). URL: <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/>. Archivo: "Población inscrita en establecimientos de Atención Primaria de Salud 2012" (31/07/2017). Ilustración de elaboración propia.

El modelo de salud familiar y comunitario, divide a la población en sectores, donde las personas se inscriben con la finalidad de obtener atención integral de los equipos de salud, el Anexo N° 2 ilustra el mapa del sector al cual presta servicios el CVMF. De esta forma, el centro de salud despliega operacionalmente sus acciones por medio de equipos de salud multidisciplinarios, divididos en cinco sectores, que hacen la labor de "médico de cabecera" de los usuarios que tiene asignados, tanto desde el box clínico como la visita domiciliar programada a pacientes postrados. Es un establecimiento que, a pesar de ser de baja complejidad, tiene algunas especialidades médicas como Pediatría, Oftalmología, Medicina Familiar y Odontología.

Finalmente señalar que, entre sus dependencias, el centro de salud cuenta con un Servicio de Alta Resolutividad (en adelante SAR) desde el 18 de abril de 2017. Esta nueva estructura adosada al establecimiento, representa una evolución del anterior Servicio de Atención Primaria de Urgencias (en adelante SAPU), vigente desde el año 2008, a una atención de urgencia con equipamiento de mayor sofisticación en el diagnóstico como, por ejemplo: Equipo de rayos osteopulmonar, kit de laboratorio y acceso a telemedicina. Lo anterior, obedece a un objetivo principal de descongestionar los servicios de urgencia de los hospitales.

Los proveedores del centro de salud, son fundamentalmente a través de las compras programadas con la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), quien actúa como un intermediario en la provisión de fármacos e insumos clínicos. No obstante, para aquellos productos que no provea el intermediario, se adquieren directo a proveedores por medio del reglamento vigente de la Ley 19.886 de Compras Públicas.

Capítulo II: Declaraciones Estratégicas

Las declaraciones o definiciones estratégicas son los elementos básicos que “alimentan” un sistema de control para ser operativizados, se componen de la Misión, Visión y Valores de la organización. Simons (1998), es uno de los autores que propone un sistema de control estratégico denominado “Palancas de Control”, compuesto por cuatro sistemas, de orientación positiva y negativa, cuya tensión busca encontrar un equilibrio en la ejecución de la estrategia organizacional. Uno de los sistemas, dice relación con las “creencias”, cuya orientación positiva define como: “... el conjunto explícito de definiciones de la organización que los directores comunican formalmente y refuerzan sistemáticamente para brindar los valores básicos, el propósito [misión] y la dirección [visión] que ellos quieren que sus subordinados adopten”. Por lo tanto, esta definición no es trivial al momento de iniciar el proceso de planificación estratégica de una organización.

El Cesfam tiene declaradas la misión y visión institucional en su página web, sin embargo, tienen un bajo reconocimiento por parte de los funcionarios, ya que no existe una planificación estratégica formal y mucho menos una implementación. A continuación, se presentan las declaraciones estratégicas encontradas, las que serán sometidas a un análisis crítico para finalmente concluir con una propuesta de mejora.

2.1. Misión del CVMF

En general las organizaciones confunden la declaración de la misión con el objetivo de obtener rentabilidad, sin embargo, según los autores Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland (2012) definen que: “...una declaración de misión describe el propósito y el negocio actual de la empresa: Quiénes somos, qué hacemos y por qué estamos aquí” (Pág. 26).

Actualmente, el centro de salud cuenta con la siguiente misión:

“Somos un Centro de Salud Familiar asistencial docente, coordinado en red, que promueve el autocuidado de las personas. Contamos con un equipo humano altamente capacitado, comprometido con la comunidad, valorado por los usuarios, que realiza acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y recuperación de la enfermedad, elevando la calidad de vida de la población”

A continuación, se describe un análisis crítico de la misión de la organización la cual se encuentra publicada en su sitio web:

La actual misión del centro de salud declara: “*Somos un Centro de Salud Familiar asistencial docente*”, esto corresponde al tipo de establecimiento de salud, pero no da al lector una idea clara de quiénes son. Por otra parte, declarar que son “... *asistencial docente*...”, confunde al CVMF con centros de salud universitarios, creados por las universidades para sus estudiantes del área. Si bien es cierto que el establecimiento es campo clínico y está adscrito a convenios de índole docente asistencial, aquello no es el fin de la institución.

Respecto a la frase: “... *coordinado en red...*”, dice relación con ser parte de uno de los niveles de atención (APS) con los que cuenta la red asistencial de salud, ya que la no resolutiveidad en este nivel de atención debido a una patología de mayor complejidad, permite derivar al paciente a un establecimiento de nivel secundario que pueda brindarle un diagnóstico e indicaciones médicas de tratamiento para abordar su problema de salud.

Al examinar la declaración de misión del centro de salud, se intenta encontrar lo que ésta institución hace en el día a día, extrayendo lo siguiente: “...*realiza acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y recuperación de la enfermedad...*”. Por lo tanto, se logra apreciar que este aspecto está claramente definido, no obstante, no da cuenta de lo que en verdad define el qué hacer de este establecimiento. Fundamentalmente, sus actividades están orientadas a mejorar la salud de las personas, mantener el control de pacientes crónicos y acompañar a lo largo del ciclo vital a los usuarios. El Cesfam, es parte de la APS, que es considerada por el Minsal como: la “*puerta de entrada*” al sistema de salud en Chile. Aquellos pacientes, cuyas patologías son complejas y no pueden ser diagnosticadas por los médicos de la APS, son derivadas mediante interconsulta al nivel secundario y/o terciario cuando es requerido un diagnóstico con equipamiento de mayor complejidad o es necesaria una intervención quirúrgica. Por lo tanto, lo que estos establecimientos hacen, es fundamental mientras tengan mayor capacidad resolutiveidad en sus actividades.

En cuanto a su existencia y servicios que presta, queda de manifiesto al señalar que: “...*realiza acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y recuperación de la enfermedad...*”. Sin embargo, se debiera incorporar el concepto de “prestaciones de salud”, lo cual identifica el servicio que esta institución ofrece a la comunidad, ya que la prevención, el tratamiento y la recuperación son los fines que tiene la institución.

Respecto a quiénes están orientadas sus acciones, es decir, sus clientes, en varios pasajes de la misión se señala que se trata de las personas, como parte de una comunidad. Sin embargo, de acuerdo con el modelo de salud familiar y comunitario, el CVMF realiza actividades de salud, tanto a personas sanas (familia, centros comunales y poblacionales), como ha personas enfermas.

Por último, una completa declaración de la misión, debiera contener un marco geográfico en donde la institución entrega sus servicios, sin embargo, no está planteada, sino que hace referencia a la “*comunidad*”, no explicitando a cuál se refiere. Este centro de salud tiene asignada una parte de la población de la comuna de Concepción, la cual, corresponde a un área geográfica compuesta por 38.797 habitantes, de acuerdo con la población asignada por el Fondo Nacional de Salud (en adelante FONASA) el año 2013, dividida por sectores como se ilustra en el anexo N° 3 de este informe. Sin embargo, el establecimiento, en términos legales, no puede negar atención de salud a una persona que no pertenezca a dicha jurisdicción, por lo tanto, esta condición impide declarar en la misión una cobertura geográfica delimitada.

En definitiva, tomando en consideración la actual misión del centro de salud en conjunto con las recomendaciones que entrega la literatura para la correcta formulación de esta definición, se propone la siguiente misión para el establecimiento:

“Somos una institución de atención primaria y centro de especialidades odontológicas del Servicio de Salud Concepción. Nuestra principal acción se enfoca en entregar a los usuarios soluciones efectivas a sus problemas de salud, por medio de prestaciones de tratamiento y rehabilitación seguras. Trabajamos basados en un modelo de salud con enfoque familiar y comunitario, que busca relacionar al equipo de salud con nuestros usuarios, haciéndolos partícipes de su propio bienestar, a través de la promoción³ y prevención de enfermedades”

2.2. Visión del CVMF

Actualmente, el centro de salud no cuenta con una planificación estratégica declarada, en consecuencia, un proyecto de este tipo, que propone la formulación y diseño de un sistema de control de gestión y, sobre todo en el caso de implementarlo, involucraría inevitablemente entrar en un proceso de transformación organizacional y cambio cultural. Según Kotter (2005), uno de los errores más comunes que comete una organización y que terminan por fracasar los procesos de transformación dice relación con la falta de una visión, argumentando que:

“En todos los esfuerzos de transformación exitosos que he visto, la coalición conductora desarrolla una imagen del futuro relativamente fácil de comunicar y que atrae a los clientes, accionistas y empleados. (...) Una visión dice algo que ayuda a clarificar la dirección en que la empresa necesita moverse. (...) Posteriormente se desarrolla una estrategia para alcanzar esa visión.” (Kotter, 2005)

Por lo tanto, contar con una correcta declaración de la visión de la institución es fundamental para liderar un proceso de cambio. En este sentido, a continuación, revisamos la visión declarada por el CVMF en su página web institucional:

“Ser un Centro de Salud Familiar modelo a nivel regional, reconocido por nuestros usuarios por brindar una atención de calidad con un trato digno y amable”

³ Promoción de la Salud, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS): *“Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*. La promoción de la salud actúa en forma individual y colectiva las determinantes de la salud. Por determinantes de la salud, se entiende como aquellas condiciones sociales en que las personas viven y trabajan (estilos de vida), y que impactan en la salud, por ejemplo: Calidad de la alimentación, Niveles de ingreso, Vivienda, Actividad física, Condiciones medioambientales, etc. Mientras que, en paralelo, la prevención, va en directa acción sobre los factores de riesgo de la salud, por ejemplo: Mediante programas de inmunización, Exámenes de medicina preventiva (EMP), etc.

De acuerdo con Thompson et al., (2012), para que una visión estratégica funcione como herramienta valiosa de la administración debe comunicar lo que ésta quiere que sea la organización y ofrecer a los administradores un punto de referencia para tomar decisiones estratégicas y preparar a la compañía para el futuro. (pág. 23)

Considerando la visión actualmente declarada y la orientación que entrega la literatura respecto a qué hacer y qué evitar en su redacción, a continuación, se realiza un análisis crítico, basado en las recomendaciones entregadas por John P. Kotter en su libro “Leading Change” (1996) citado por Thompson et al., (2012).

De acuerdo con la visión observada, se constata lo gráfica de su redacción, ya que describe en forma sencilla los ámbitos en los cuales quiere destacar, como: Ser un modelo en la región, Ser reconocida por la calidad y trato a sus usuarios.

Tiene direccionamiento hacia el futuro, ya que la redacción tiene una clara tendencia hacia aspiraciones futuras, sin embargo, carece de una línea de tiempo para que esta sea alcanzada.

Entendiendo la viabilidad, como la posibilidad de medir el cumplimiento de la visión en el tiempo, se puede apreciar que la declaración actual sí lo permite. Para una más clara comprensión, a continuación, se desfragmenta en tres partes:

- “*Ser un Centro de Salud Familiar modelo a nivel regional*”, habría que definir cuáles son esos parámetros medibles que ubicarán al centro de salud como un modelo en la región y que permitan demostrar, en el tiempo, avances medibles para el logro de la visión.
- “*... reconocido por nuestros usuarios por brindar una atención de calidad...*”, esta parte de la visión puede ser medible en base a los estándares mínimos de calidad exigido por los reguladores del sector salud.
- “*... con un trato digno y amable.*”, esta frase, refleja una clara aspiración por la satisfacción de sus usuarios, lo cual, es perfectamente factible de medir a través de: Encuestas de satisfacción, Niveles de reclamo, etc.

La redacción está hecha en forma breve, simple y concreta, permitiendo recordar fácilmente sus pretensiones, las cuales además son inspiradoras, ya que representan objetivos desafiantes. Sin embargo, uno de sus pasajes presenta cierta ambigüedad al desear “*ser modelo a nivel regional*”, siendo confuso para el lector al no fijar un parámetro claro de lo que es ser un modelo. En cuanto a lo referido sobre entregar un servicio “*con un trato digno y amable*”, se propone vincular estos conceptos con los valores de la organización, asimilando con mayor fuerza una clara relación de cómo deben actuar los funcionarios para contribuir a lograr este anhelo.

No obstante, el señalar adjetivos orientados a la calidad, permite identificar parámetros medibles con otras instituciones de salud que puedan ubicar al establecimiento en algún nivel de liderazgo concreto. Lo anterior, sumado a otras mejoras, permiten consolidar el trabajo hacia la excelencia. De esta forma, tomando en cuenta la visión declarada por el centro de salud, las recomendaciones que la literatura entrega para su formulación y el análisis crítico desarrollado, es posible proponer la siguiente:

“Aspiramos a lograr la excelencia como prestadores de salud, durante esta década, contribuyendo en la labor de la red asistencial, entregando soluciones de salud para la comunidad, siendo reconocidos por nuestros usuarios por brindarles una atención de calidad, con trato respetuoso y empático”

2.3. Definición de los Valores del CVMF

Existen autores que se refieren a los valores como normas morales que los directivos esperan ver en sus empleados en la operación diaria de una organización. Es el caso de Thompson et al., (2012) que define los valores como:

“... creencias, características y normas conductuales que la administración determinó que deben guiar el cumplimiento de su visión y misión (...) Muchas compañías redactan una declaración de valores para destacar la expectativa de que los valores se reflejen en la conducción de las operaciones de la compañía y en la conducta de su personal” (Pág. 27).

Otros autores como Robbins y Judge (2013), postulan que los valores representan convicciones fundamentales que “a nivel personal y social, cierto modo de conducta o estado final de existencia es preferible a otro opuesto o inverso”. Es decir, que los valores en las personas constituye una especie de criterio o límite para definir lo que está bien o mal. Según lo anterior, los valores son fundamentales para entender las actitudes y motivaciones de las personas desde el momento que ingresan a un proceso de selección en una organización, revelando en ellas, ideas preconcebidas de aquello que debe ser o no ser.

En el caso de la administración pública, los funcionarios se rigen por el “Principio de Probidad de la Administración Pública”, detallado en el Art. 54, inc. 2° de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado (LOCBGAE), el cual, consiste en observar:

- Conducta funcionaria intachable,
- Desempeñar honesta y lealmente la función del cargo, y
- Darle preeminencia al interés general sobre el particular.

Sin embargo, el centro de salud no cuenta con una declaración de valores que permitan sustentar sus definiciones estratégicas. A pesar de ello, el Minsal a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, publicó el año 2008 el documento denominado “En el camino a Centro de Salud Familiar”, el cual, es una guía para aquellos establecimientos APS, en proceso de cambio, que buscan la certificación como Cesfam. En él se señala, en el capítulo de Introducción al Trabajo con las Familias, cuáles deberían ser los valores, actitudes, habilidades y destrezas que caracterizan a los integrantes del equipo de salud. De acuerdo con esta información, se identifican valores como: Respeto, Honestidad, Aceptación de los propios límites, Capacidad de comprometerse y Actitud empática. Esta información, más las reuniones sostenidas con el equipo de salud, permiten comprender que se deben fundar valores para la acción que contribuyan a transmitir una cultura hacia sus funcionarios actuales y futuros, y que estos sean percibidos por la comunidad. Para ello se han identificado los siguientes valores:

El Respeto

- *“Estableceremos una interacción con el usuario respetando su dignidad de persona, sin discriminación de género, edad, condición social, religiosa o étnica”*

La Empatía

- *“Asumimos las preocupaciones, dolores y frustraciones de nuestros usuarios como si fueran las nuestras para actuar frente a ellas con nuestro mayor esfuerzo”*
- *“Debo ser capaz de ver en nuestros usuarios a nuestro padre, madre o hermano(a) y actuar con la misma diligencia”*

El Compromiso

- *“Tenemos conciencia que nuestro trabajo, realizado con calidad y efectividad, tendrá un impacto positivo en la salud de nuestros usuarios”*
- *“Somos conscientes que existen infinitas necesidades y que los recursos son siempre escasos, por lo que actuamos con eficiencia, anteponiendo siempre el bien colectivo por sobre el individual”*

El Conocimiento

- *“Ponemos a su disposición nuestra trayectoria para dar respuesta, con la mayor oportunidad posible, a sus preocupaciones y/o problemas en salud”*
- *“Nuestros profesionales de la salud están en permanente vínculo con la docencia para estar actualizados en las mejores prácticas en cuanto a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades de nuestros usuarios”*

Capítulo III: Análisis Estratégico

En el camino hacia la definición de la estrategia, es fundamental sumar una gran cantidad de información relevante que brinde la mayor certeza posible en la elección de la estrategia que guiará las iniciativas de la institución en la consecución de su visión. En relación a esto, Kaplan y Norton (2010) señalan que:

“Una vez que se ha clarificado y mejorado la visión, la compañía tiene un panorama claro de lo que necesita alcanzar. Ahora realiza un análisis interno y externo que incluye una evaluación amplia de sus propias capacidades y desempeño en relación con los competidores, así como también su posicionamiento con respecto a las tendencias de la industria” (Pág. 71).

De esta forma, en este capítulo, se realizará un análisis externo, profundizando en el macroentorno y microentorno, en el que se encuentra inmerso el centro de salud como un actor más en la industria de la salud pública nacional. Este examen permitirá identificar aquellas oportunidades y amenazas necesarias para direccionar la discusión hacia la elección de la estrategia. De la misma forma, se efectuará un análisis interno de la institución, identificando todos aquellos recursos y capacidades disponibles que ayuden a comprender cuáles son sus fortalezas y debilidades que pudieran ayudar o poner en peligro alcanzar las oportunidades visualizadas.

En este orden de ideas, el capítulo continuará con una selección de factores externos e internos de mayor relevancia que permitan configurar un análisis FODA de la institución, cuantificando su incidencia en la interacción entre los cuadrantes, internalizando en la planeación estratégica qué factores intrínsecos tiene la institución que le permitirían capturar una oportunidad o, en su defecto, activar una amenaza del entorno.

3.1. Análisis Externo del CVMF

Antes de realizar la mirada introspectiva en la cual está situada la institución, se requiere analizar el ambiente externo donde se encuentra. Para ello se utilizarán dos herramientas metodológicas de análisis. Por una parte, “PESTEL”, cuyas siglas identifican los componentes del macroentorno/ambiente que se evaluará, los cuales, se encuentran más allá de la industria donde opera la institución, en este caso, se refiere al ambiente: Político, Económico, Social, Tecnológico, Medioambiental y Legal. Sin embargo, para efectos de dar completa cobertura al sector industrial donde está situado el centro de salud, se incluirá el ambiente Epidemiológico, como un componente adicional. Por otra parte, con la finalidad de analizar el sector industrial de la salud, se utilizará el análisis de las “Cinco Fuerzas Competitivas”, del cual es creador el economista Michael Porter. Este análisis permitirá evaluar la posición que tiene la institución en su Microentorno/ambiente.

3.1.1. Análisis PESTEL al Macroentorno del CVMF.

▪ Macroentorno Político

- a) Incentivos a profesionales de la ley médica.

Desde el año 2016 el Minsal ha estado trabajando, en conjunto con el Colegio Médico, en fortalecer el proceso de ingreso y formación de especialidades médicas y retener a los médicos diurnos en el sistema de salud público. Por otra parte, la mesa de trabajo busca abrir las negociaciones en otorgar incentivo al retiro voluntario de profesionales de la ley médica 19.664 y 15.076.

La primera iniciativa, que fortalece el ingreso de los profesionales de la salud, tuvo sus resultados en diciembre del año 2016, con la promulgación de la Ley 20.982, la cual, introduce algunas modificaciones en las leyes 19.664 y 15.076. Entre las incorporaciones y modificaciones más importantes se destacan las siguientes:

- Asignación especial del 15% sobre sueldo base mensual, para aquellos becados financiados por el Minsal.
- Reconocimiento de Asignación de experiencia calificada niveles 2 y 3 para profesionales que continúen en cargos del sistema público de salud.
- Reconocimiento del tiempo desempeñado como profesionales de la salud, para aquellos que asuman cargos como directivos.
- Asignación de permanencia para especialistas y subespecialistas, equivalente a un 40% del sueldo base, cancelado en forma mensual, para profesionales de 44, 33 o 22 horas semanales. En el caso de profesionales contratados por 11 horas semanales, la asignación será de un 10%.

En cuanto a la segunda iniciativa, relativa a otorgar un incentivo al retiro, se encuentra pendiente su promulgación, ya que ha pasado a la instancia de aprobación de ambas cámaras del congreso. Sin embargo, esta iniciativa que parece contradictoria, en cuanto a la estrategia de retener profesionales médicos, es aclarada por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, señalando que:

“La Subsecretaria de Redes Asistenciales, doctora Gisela Alarcón, hizo notar, en primer término, que el proyecto de ley en debate sigue la línea de la política ministerial de formación de especialistas y retención de recursos humanos en el sistema público de salud. Lo anterior, con el fin de rebatir algunos argumentos que propugnan que el incentivo al retiro que se propone aparece como una medida contrapuesta con esa lógica, puesto que lo que en realidad se persigue es que la permanencia en las labores funcionarias sea digna y permita a los profesionales tener un horizonte claro acerca de lo que significará su egreso de ella” (Boletín N° 10.790-11, 2016).

En consecuencia, ambas negociaciones están enmarcadas en fortalecer tanto el ingreso como la retención de los profesionales beneficiarios de las leyes 19.664 y 15.076.

b) Problemas estructurales de la salud pública.

La salud en Chile tiene problemas en recursos humanos con brecha de médicos en la APS y especialistas en los demás niveles de salud, provocando déficit de horas disponibles, acumulando las listas de espera y la consecuente insatisfacción de los usuarios que ven postergadas sus necesidades por mucho tiempo. De acuerdo a un informe sobre “Brechas de personal de salud por servicio de salud”, elaborado en marzo de 2016, por el Minsal, la brecha de médicos de familia llega a 224 profesionales, mientras que la brecha de otros especialistas es de 3.594 para alcanzar los niveles OCDE. Por otra parte, Chile cuenta con 22 Enfermeras por c/10.000 hab., mientras que el promedio OCDE alcanza las 91 Enfermeras por c/10.000 hab. Lo anterior, se puede revisar a continuación, en la Ilustración 3.

Ilustración 3: *Densidad de médicos por cada 10 mil habitantes*

Países	Densidad de Médicos por 10.000 habitantes.
Argentina	39
Uruguay	37
México	22
Chile	19
Brasil	18
Promedio OCDE	33
Mínimo OCDE: Turquía	18
1° Máximo OCDE: Grecia	63
2° Máximo OCDE: Austria	50

Fuente: Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2016, pág. 14.

c) Nuevos proyectos en APS para la comuna.

Para la Región del Bío Bío entre los años 2014 – 2018, periodo que comprende la actual administración del estado, se encuentran en proceso de estudio y/o licitación⁴ algunos proyectos de construcción que van en beneficio de la APS, entre los que se encuentran: 5 CESFAM; 12 CECOSF; y 9 SAR. Uno de los CECOSF es el de Chaimávida, perteneciente a la comuna de Concepción, el cual se encuentra terminado y entrando en operaciones este año 2017. Chaimávida es uno de los sectores rurales que tiene por jurisdicción el CVMF, por lo tanto, su implementación permitirá descongestionar la carga poblacional actual en 4.000 hab. Aprox.⁵

⁴ <http://www.minsal.cl/proyectos-de-atencion-primaria-de-salud/>. Ministerio de Salud, 2015.

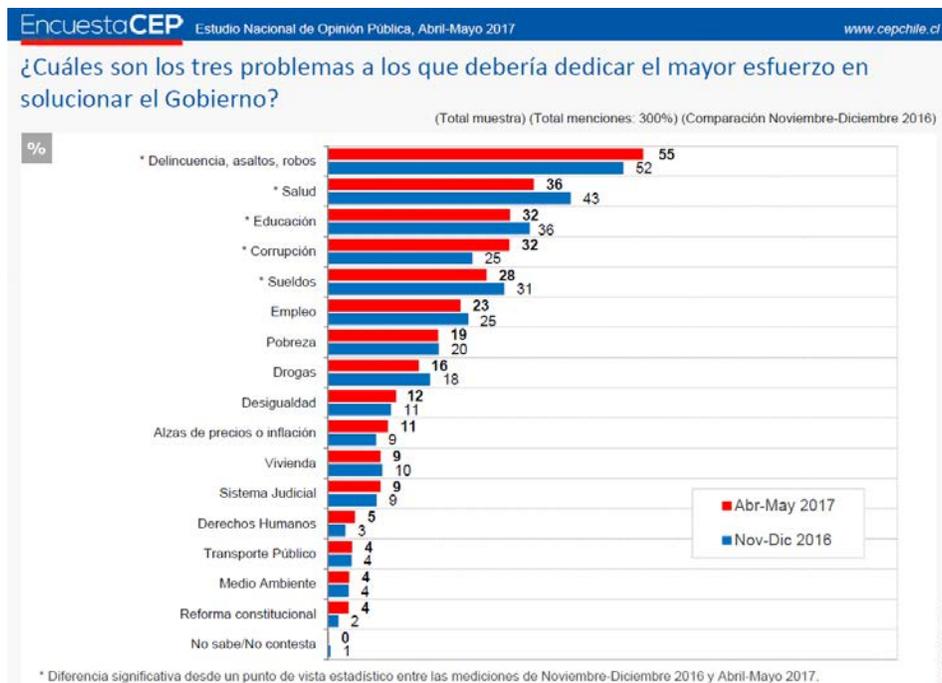
⁵ https://issuu.com/ssconcepcion/docs/boletin_sep2016. Servicio de Salud Concepción, 2016.

También, según fuentes del mismo Servicio de Salud Concepción, se está en pleno estudio para la construcción de dos Cefsam en la comuna, los cuales estarían ubicados en los sectores Palomares y Bellavista, siendo este último, la primera opción de construcción. Todos estos proyectos deberían ir en directa descongestión para los Cefsam que actualmente atienden en la comuna, entre ellos el CVMF.

d) Clima de desconfianza en las instituciones públicas.

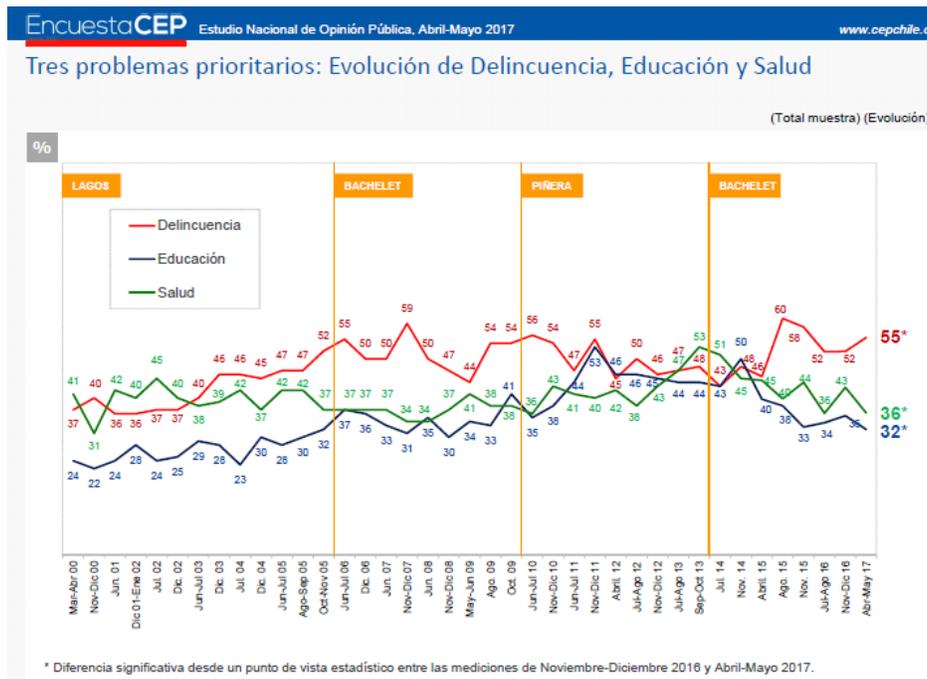
Actualmente el país vive un escenario de desconfianza en cuanto a los legisladores, lo que queda demostrado en la baja adhesión de votantes en las elecciones de autoridades. Pero también existe un malestar social que se ha expresado en encuestas de opinión. En ellas, el sector salud aparece como una de las mayores preocupaciones para los ciudadanos, siendo solo superada por la seguridad. A continuación, se puede ver un extracto del informe que arroja el estudio del Centro de Estudios Públicos (CEP) en las Ilustraciones 4 y 5, ante la pregunta de los principales problemas que debería abordar el gobierno y la evolución que han tenido en el tiempo las principales preocupaciones de la población.

Ilustración 4: Principales problemas que preocupan a la población en Chile



Fuente: Centro de Estudios Públicos (CEP), “Estudio nacional de opinión pública N° 79”, Abril – Mayo de 2017. Extracto slide N° 6 del informe.

Ilustración 5: Evolución de la percepción de los tres problemas prioritarios para la población

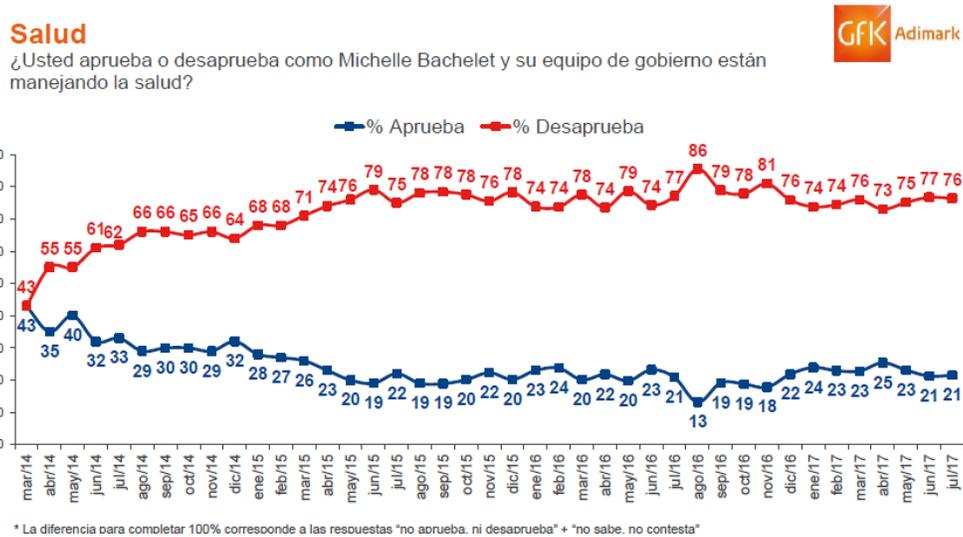


Fuente: Centro de Estudios Públicos (CEP), “Estudio nacional de opinión pública N° 79”, Abril – Mayo de 2017. Extracto slide N° 7 del informe.

La encuesta Adimark, de julio 2017, confirma la mala evaluación de las instituciones, lo que para la gestión del gobierno, en cuanto a salud, ha ido evolucionando hacia la mayor desaprobación que se ha sostenido en los últimos dos años. A continuación, se presenta esta situación con un extracto de los resultados obtenidos por la encuesta Adimark, en las Ilustraciones 6 y 7.

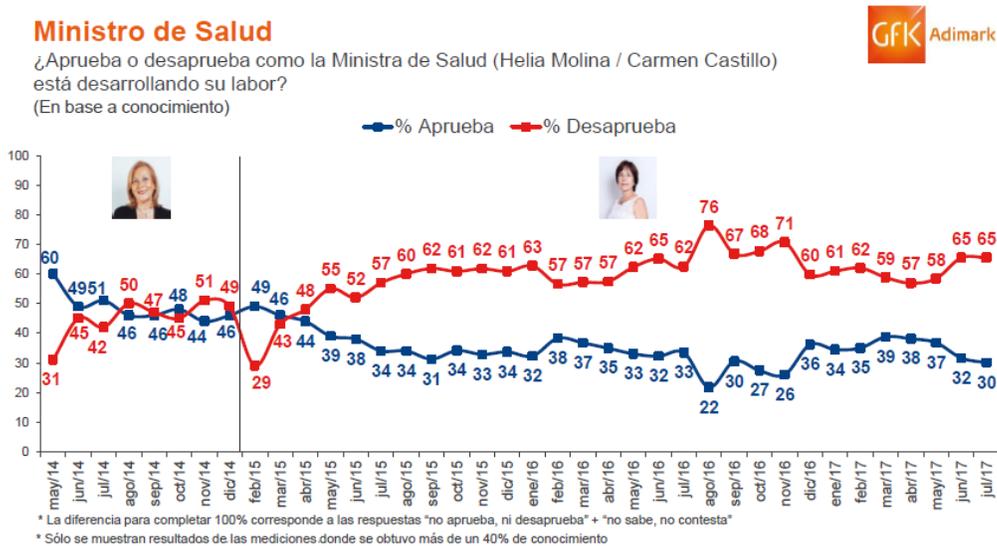
Sin duda, la gestión en salud ha sido siempre una de las mayores preocupaciones de las personas, resultando ser una de las carteras ministeriales más complejas de enfrentar, sin embargo, la mala percepción que las personas tienen de la gestión realizada ha permanecido constante durante los últimos años. Por otra parte, los cambios de gobierno y, sobre todo, de coalición política gobernante, impiden realizar un trabajo de largo plazo, situación que queda de manifiesto con los constantes cambios en los directivos que se encuentran liderando los servicios de salud.

Ilustración 6: Nivel de aprobación de la gestión en salud



Fuente: Grupo GfK Adimark, "Evaluación de la gestión del gobierno", Julio 2017. Extracto de lámina N° 56 del informe.

Ilustración 7: Evolución en la Percepción del desempeño de los ministros/as de Salud



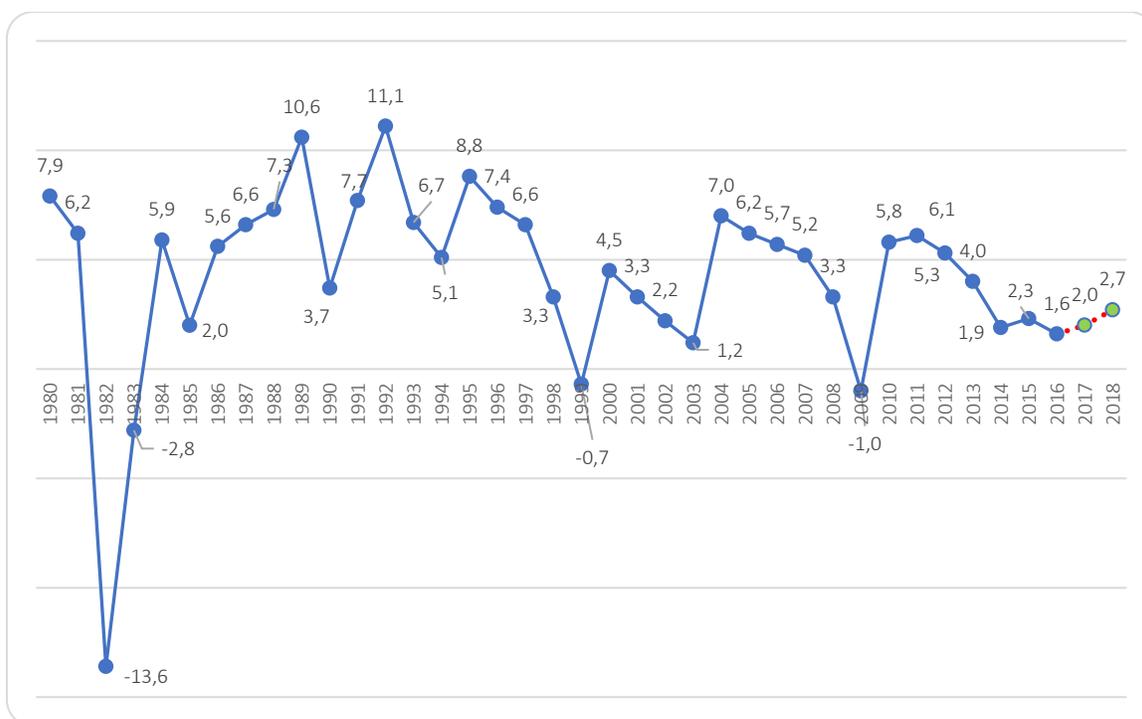
Fuente: Grupo GfK Adimark, "Evaluación de la gestión del gobierno", Julio 2017. Extracto de lámina N° 70 del informe.

▪ Macroentorno Económico

a) Bajo crecimiento de la economía.

Actualmente Chile atraviesa por una contracción de su economía, como se grafica en la Ilustración 8, acentuada por la disminución de precios de mercado que ha experimentado el cobre, el cual, atraviesa por precios un 50% más bajos a los registrados durante el comienzo de esta década, alcanzando para el año 2011 un precio promedio de 4 US\$/Libra, esto queda en evidencia según la Ilustración 9. Este escenario, según los expertos en la materia, estará instalado en todo lo que queda de la década, es decir, se espera un promedio anual de 2 US\$/Libra, en un escenario optimista.

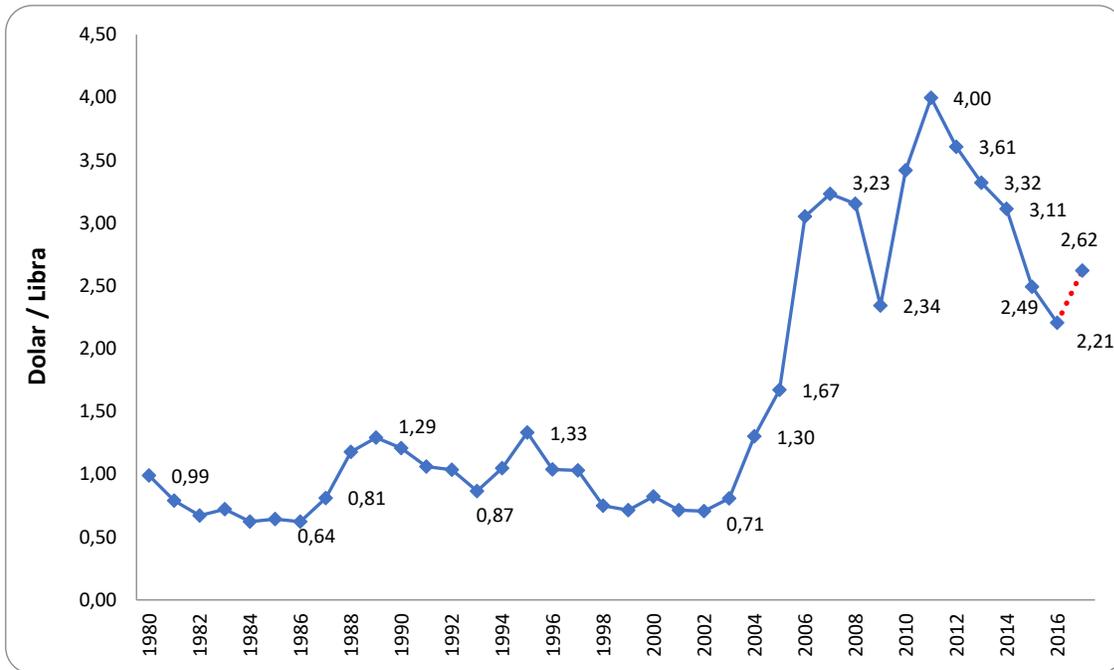
Ilustración 8: *Evolución del crecimiento del Producto Interno Bruto en Chile y sus proyecciones*



Fuente: Datos extraídos del Diario Digital “Expansión.com”, (2017), URL: <http://www.datosmacro.com/pib/chile>. Información complementada con datos extraídos del sitio web del Banco Central de Chile (2017), sección estadística “Espectativas Económicas años 2017-2018”, URL: <http://si3.bcentral.cl/Siete/secure/cuadros/arboles.aspx>.

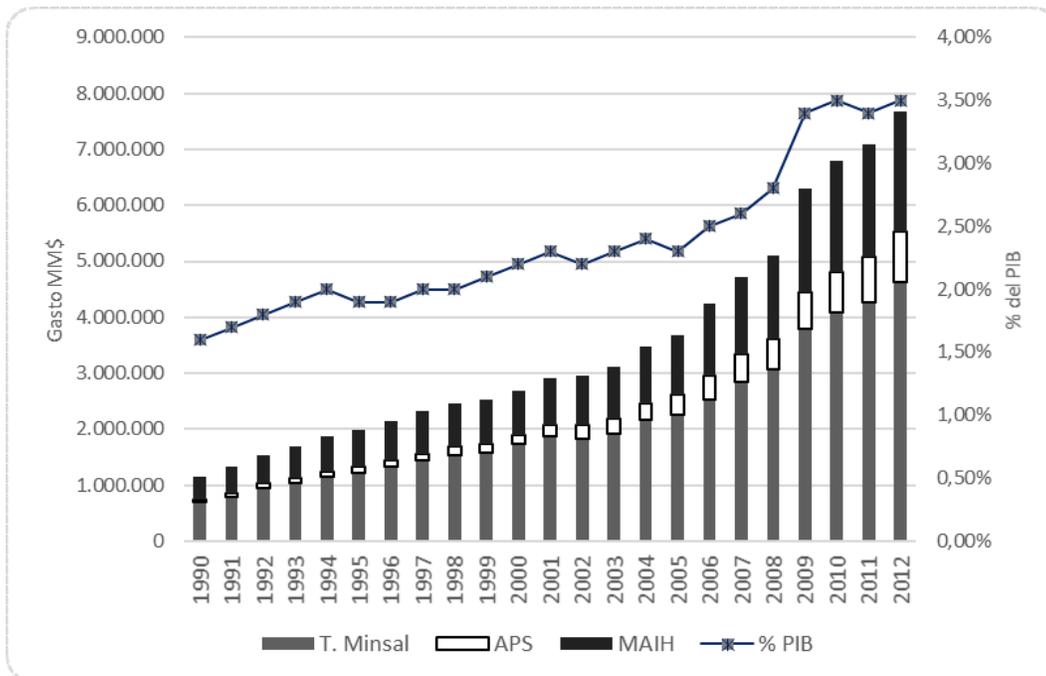
Lo anterior, es uno de los motivos que tiene al estado con recortes presupuestarios permanentes, ajustando periódicamente el “cinturón fiscal”, lo que en definitiva contrae el gasto y aumenta los controles, apuntando a la eficiencia. Realidad que pudiera desacelerar la ejecución de proyectos en la Atención Primaria de Salud. La Ilustración 10, muestra el comportamiento que ha tenido en sus componentes de financiamiento APS y MAIH.

Ilustración 9: Evolución del precio del Cobre a Julio 2017



Fuente: Ilustración elaborada en base a datos estadísticos publicados por la Comisión Chilena del Cobre (Cochilco). Serie estadística “Precios del Cobre Refinado Anual” (Julio 2017). URL: <https://www.cochilco.cl/Paginas/Estadisticas/Bases%20de%20Datos/Precio-de-los-Metales.aspx>.

Ilustración 10: Evolución del gasto en salud por componente entre 1990 – 2012



Fuente: “Sistema Público de Salud, situación actual y proyecciones fiscales 2015 – 2050”. Dipres 2013.

▪ Macroentorno Social

a) Población con mayor acceso a la información.

Actualmente existe una sociedad con mayor acceso y familiaridad con la tecnología, con disponibilidad de información en tiempo real (La Subtel estimó que existen más celulares que personas, llegando a una tasa de 1,38 cel/hab). Por otra parte, una población cada vez más empoderada de sus derechos, pero menos consciente de sus deberes, fenómeno que en salud se ve reflejado en la adherencia que los pacientes crónicos (Hipertensión Arterial, Diabetes MT2, etc.) evidencian respecto al tratamiento que les indica el equipo de salud, ya que además de fármacos, el tratamiento involucra cambios en los estilos de vida en cuanto a alimentación, actividad física, entre otros. Esta adherencia, en países desarrollados, en enfermedades como la Diabetes Mellitus Tipo 2, tiene un porcentaje de adherencia del 50% (Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2010).

Y, en último término, el poder ejecutivo, generando altas expectativas con políticas públicas en salud, las cuales, se implementan en forma parcial o deficiente, generando la insatisfacción de los usuarios. Por lo tanto, la brecha entre las expectativas del usuario y el desempeño percibido en la atención, al ser insatisfactoria en el tiempo, se traduce en la calidad que el usuario percibe de la atención, la cual, tiene tres elementos principales, como son: Largos tiempos de espera; Personas que atienden no transmiten cercanía en su trato y No contar con equipos clínicos suficientes y modernos en tecnología⁶. Todo lo anterior, se evidencia en una escasa conciencia por el autocuidado, menos participación en las organizaciones vecinales, fomentando el individualismo, lo que complejiza la tarea de promoción y prevención en salud.

b) Cambio generacional de la fuerza laboral.

En la sociedad conviven una serie de generaciones que en el ámbito laboral resulta un tema complejo de abordar. Actualmente se están incorporando jóvenes con un perfil de mayor individualismo, falta de compromiso y menor tolerancia a la frustración. Lo que, en sistemas públicos, como la salud, representa un desafío al tener que generar nuevos incentivos que satisfagan estos nuevos intereses, ya que uno de los valores que moviliza y enriquece al servidor público es justamente el compromiso con las personas. Lo anterior, es necesario de internalizar en sectores en donde existe una baja oferta de profesionales de la salud y la necesidad de retenerlos es mayor.

⁶ “Propuesta metodológica para medir la satisfacción en usuarios de consultorios públicos”. Superintendencia de Salud. Agosto 2011.

c) Estilo de vida de nuevas generaciones.

Dentro de los estudios antropológicos sobre las diferencias generacionales en la sociología, en Chile se reconoce a la generación *Millennials* (nacidos entre los años 1980 y 1991), entre otras características, por su gran entusiasmo en llevar un estilo de vida saludable, aun cuando sienten mayores niveles de estrés y ansiedad dadas las limitaciones de su entorno. Representan un 24% de la población, se considera al grupo de adultos jóvenes, con interés en el bienestar, la vida sana y el ejercicio físico. Este último, lo realiza con mayor regularidad con la finalidad de mantenerse saludable y sentirse atractivo. En cuanto a la alimentación, le gusta mantenerse hidratado y preocupado por las enfermedades que pueden provocar los alimentos, prestando atención a la rotulación con la información nutricional que exhiben los alimentos adquiridos. Sin embargo, entre las barreras para llevar un estilo de vida saludable se encuentra el alto consumo de comida rápida, el hábito de fumar y el sobrepeso (Fundación Chile, 2016, pág. 10)

▪ Macroentorno Tecnológico

a) Disponibilidad de tecnología en apoyo al modelo de salud familiar.

Actualmente en Chile y el mundo, existe la tecnología suficiente y probada para incrementar los niveles de resolutivez de la APS. Es el caso de la Telemedicina que acelera el proceso de contrareferencia del nivel secundario. Recientemente, el CVMF ha incorporado algunas prestaciones de telemedicina, sin embargo, existen muchas otras especialidades como la Oftalmología y Cardiología que pudieran tener una contrareferencia más acelerada. Por otra parte, existen experiencias en Tele Atención domiciliaria para pacientes crónicos, Tele consultas y Tele educación en salud, que pudieran contribuir a fortalecer la APS.

b) Aumento de los costos en salud.

El avance vertiginoso que ha experimentado la tecnología en la actualidad ha beneficiado a amplios sectores productivos, permitiendo disminuir costos de producción a mayor escala. En salud, las nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, si bien han contribuido con la detección oportuna de enfermedades y tratamientos más eficaces, también han incrementado los costos de la salud, ya que el alto valor de equipamientos y la creciente necesidad de los médicos de obtener más exámenes, que les permitan tener mayor asertividad en el diagnóstico, han incrementado el valor y cantidad de prestaciones por patología.

c) Disponibilidad de tecnología para la gestión.

El sector salud tiene actualmente soluciones aisladas en tecnologías de gestión en salud, 19 de los 29 Servicios de Salud del país tienen desarrollos propios, lo que actualmente representa un desafío al momento de proyectar, por ejemplo, una ficha clínica única para los pacientes que son atendidos en los servicios públicos.

Actualmente, el Minsal encabeza el “Programa Estratégico Nacional de Tecnologías y Servicios de Salud⁷”, que aborda esta materia, en el cual participan actores del sector público, académico y privado, cuya finalidad es contar con una “historia clínica compartida”, lo anterior, mediante el uso de Telemedicina, Dispositivos Médicos, DataMaining, M-Health, entre otros. Este programa tiene como primer objetivo que al año 2020, la ficha clínica digital se extienda a todas las personas atendidas en el sistema público, facilitando un mejor diagnóstico y seguimiento, implementando la reserva de horas en línea en todos los establecimientos de salud pública, desde consultorios a hospitales.

d) Tecnologías que favorecen el autocuidado.

Hoy en día, existen una serie de nuevas herramientas tecnológicas que favorecen el autocuidado en la salud, en las diferentes etapas del ciclo vital, en la casa y el lugar de trabajo, en la mejora de la medicina de precisión o en la potenciación de la relación entre el paciente y los profesionales de la salud. Dispositivos como telefonía IP, internet, apps para teléfonos móviles, televisión digital, etc. están siendo utilizados cada vez más para facilitar el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades.

Existen experiencias en España, con la plataforma “*Mi Salud al Día*⁸”, la cual integra funcionalidades de autocuidado y hábitos saludables. Está compuesta de cuatro módulos o aplicaciones, que permiten, entre otras actividades, un chequeo previo de síntomas a distancia, disponer de un registro histórico de hábitos saludables del individuo, un gestor documental para archivar y clasificar documentos médicos (lo que facilita el diagnóstico a distancia). Por otra parte, la plataforma se complementa al disponer comunicación mediante chat, videoconferencia o telefonía.

En tecnologías autónomas, que facilitan la integración entre el paciente y el sistema de salud, se encuentran, hoy en día, dispositivos que se implantan en un paciente y se conectan mediante radiofrecuencia a un dispositivo remoto como celular o tablet, el cual contiene un sistema experto que se puede conectar a un centro médico que lo va monitorizando a distancia. Por ejemplo, están los implantes cardiacos con tecnología bluetooth, que envían información al celular y , de éste, al centro de salud primario.

El gran desafío es que estos dispositivos se encuentren integrados en el sistema de salud, tanto público como privado, de esta forma se evitaría, por ejemplo, que un paciente deba volver a tomarse exámenes en un centro de salud distinto al de origen o perder tiempo en preguntas sobre su historial de salud, teniendo a mano su historial de ficha clínica en línea.

⁷ Página web <http://www.saludmasdesarrollo.cl/>

⁸ Página web <https://misaludaldia.dkvservicios.com/>

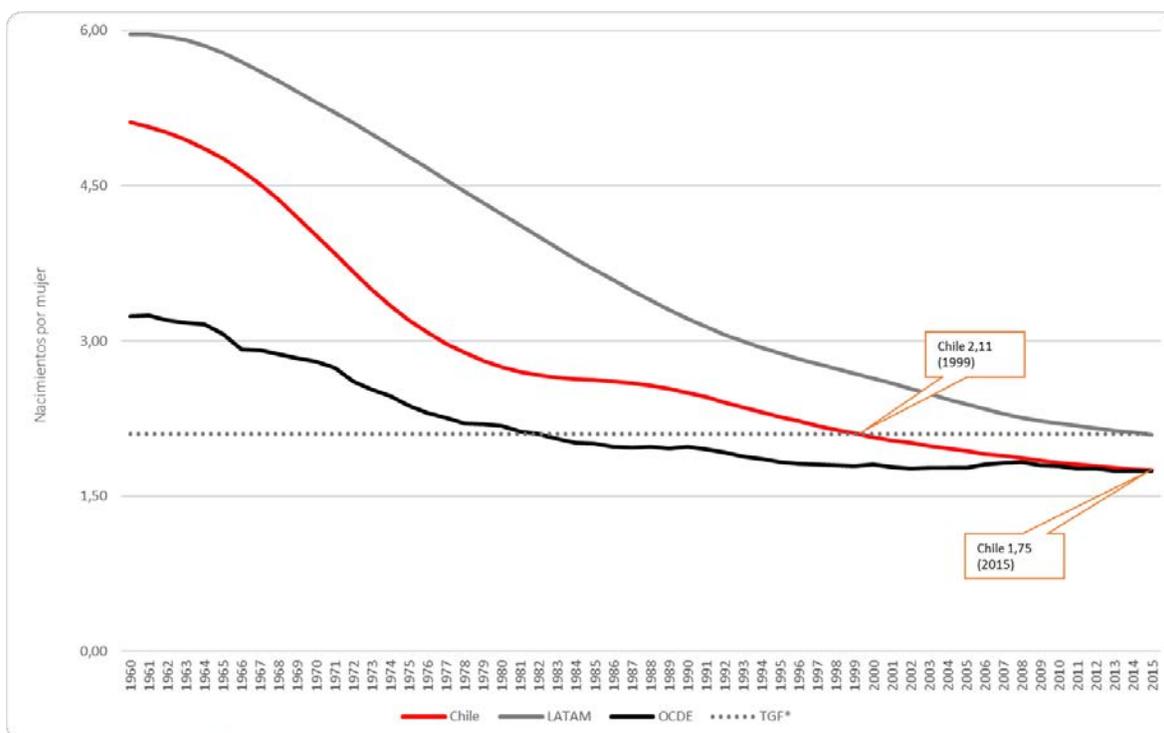
▪ Macroentorno Epidemiológico

a) Perfil demográfico y epidemiológico de la población.

La población en Chile tiene las tasas de fertilidad más bajas de Latinoamérica cercanas al promedio OCDE con 1,75 nacimientos por mujer al año 2015, una realidad muy distinta a lo que ocurría en la década de los años 60, cuya tasa llegaba a 5,11 nacimientos por mujer. De acuerdo a estudios transversales en bioestadística, la Tasa Global de Fertilidad (TGF) ideal es de 2,1 nacimientos por cada mujer, índice que permitiría asegurar un potencial crecimiento de la población, sin embargo, como se puede apreciar en la Ilustración 11, en Chile desde hace 16 años que no se logra alcanzar una TGF ideal. En términos simples, la tasa está bajo el límite que permitiría que en Chile la nueva generación reemplace a sus padres, lo que se traduce en una población con cada vez menos niños y decreciendo en el futuro.

Por otra parte, tomando la misma fuente de información, se puede constatar que la esperanza de vida se sitúa en 78,9 años para los hombres y 84,7 para las mujeres, alcanzando un promedio de 81,8 años el 2015. Lo anterior, en contraste a lo ocurrido en los años 60, en el cual, la esperanza de vida promedio total (hombres y mujeres) era de 57,46 años. Esta tendencia ha provocado impactos en la pirámide poblacional, como se puede observar en la Ilustración 12.

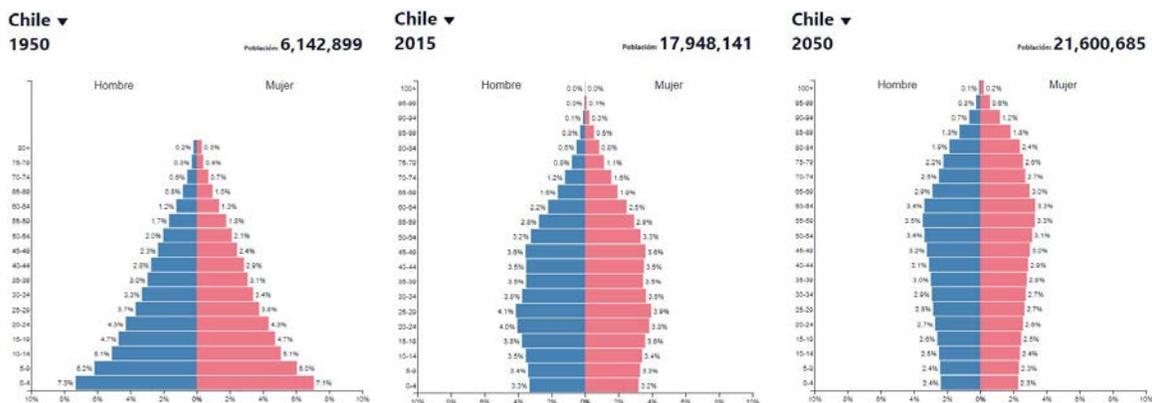
Ilustración 11: Tasa de Fertilidad en Chile entre los años 1960 - 2015



Fuente: Datos extraídos del sitio web del Banco Mundial (2017). Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer). URL: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?view=chart>

Esta información demográfica genera impactos en la salud, ya que la causa de muerte es, y será, principalmente por enfermedades no transmisibles (ENT) de tipo crónico, con factores de riesgo asociados al sedentarismo y sobrepeso, alcohol, tabaco, alto consumo en sodio y enfermedades mentales de tipo cognitivo. Lo anterior, se puede apreciar en la Ilustración 13.

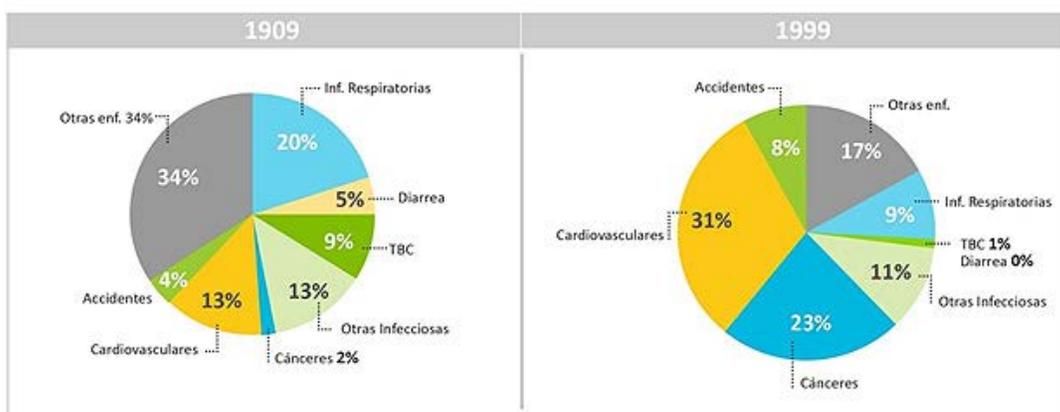
Ilustración 12: Pirámide Poblacional de Chile desde 1950 a 2050



Fuente: Population Pyramid, 2017. URL: <http://www.populationpyramid.net/chile/2017/>

A comienzos del siglo pasado, cerca del 50% de las muertes se debían a enfermedades de tipo infecciosas, mientras que a fines del mismo siglo éstas habían bajado a menos del 22%, siendo reemplazadas por enfermedades de tipo cardiovasculares y cánceres (De Saint Pierre & Jiménez Molina, 2013)

Ilustración 13: Cambio del Perfil Epidemiológico de Chile entre 1909-1999



Fuente: Centro de Investigación Periodística. Extracto de la publicación (2013) URL: <http://cipchile.cl/2013/08/30/mas-viejos-y-con-mas-enfermedades-chronicas-el-nuevo-perfil-epidemiologico-chileno-que-desborda-el-sistema-de-salud/>

a) Alta reprobación de médicos extranjeros en el EUNACOM.

El Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) se encuentra regulado por la Ley 20.261, tanto su administración como diseño fue encargado por el Minsal a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECh), y consiste en un examen teórico-práctico de medicina general que se aplica desde el año 2009, a continuación del Examen Médico Nacional (EMN) aplicado entre el 2003 y 2008.

Su aprobación, permite al profesional desempeñar: Cargos médicos en los establecimientos del SSNS y establecimientos de salud municipal; Otorgar prestaciones FONASA en modalidad libre elección y; Postular a becas de especialización. Sin embargo, esta prueba es requisito para la revalidación de título médico obtenido en el extranjero, por lo tanto, los profesionales extranjeros tienen la obligación de rendirla para poder ejercer en los sistemas públicos del país.

De acuerdo a los resultados del último examen, el 73,2% de los médicos titulados en el extranjero lo reprobó, mientras que el porcentaje de médicos titulados chilenos que reprobó fue del 3,4%⁹. Esta situación, que se ha mantenido desde su implementación, parece contradictoria ante la brecha de médicos, sobre todo especialistas, que existe actualmente en Chile y especialmente en regiones.

▪ Macroentorno Ambiental

a) Aumento de contaminantes por uso de leña.

De acuerdo a un estudio del Instituto de la Vivienda, de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la U. de Chile (INVI):

“En Chile, el 20% de la energía primaria consumida proviene de la leña, que es la segunda fuente de energía más importante después del petróleo. De esto, un 59% corresponde a consumo residencial de leña. La crisis energética mundial, como resultado del incremento del precio del petróleo y los cortes de suministro de gas importado desde Argentina, que comenzaron en 2003, ha causado el aumento del consumo de leña en la zona sur del país, especialmente en la población de menores recursos, causando a su vez el aumento de la contaminación ambiental urbana. El mercado de la leña genera 200 millones de dólares al año, de los cuales el 35% se puede atribuir a productores rurales.

Al sur de la latitud 38°, más del 80% de los hogares urbanos y casi el 100% de los hogares rurales consumen leña, probablemente porque es entre 4 y 7 veces más barata que otras fuentes de energía. Su principal uso es para cocinar y calefaccionar los hogares. El consumo de leña urbano del sector residencial puede alcanzar, en promedio, más de 500 mil metros cúbicos al año.

⁹ <http://www.t13.cl/noticia/nacional/un-732-medicos-titulados-extranjero-reprobo-eunacom>.

Hoy en día, el uso de biomasa y leña permite la diversificación de los recursos energéticos y reduce la dependencia de las importaciones de combustibles, que tienen precios volátiles e inciertos. Sin embargo, también la combustión de leña húmeda en aparatos ineficientes es responsable de la polución atmosférica en muchas ciudades del sur del país, generando serios problemas en la salud de la población.

A pesar de los bien conocidos impactos ambientales de la combustión a leña, su bajo costo en comparación con otros combustibles, así como la tradición cultural de su uso en las ciudades del sur del país, dificultan su sustitución” (Cortés Fuentes & Ridley, 2013)

Este factor de riesgo para la salud, tiene las primeras medidas de restricción, en el uso de leña, en las ciudades de Chillán y Los Ángeles de la Región del Bío Bío, situación que podría extenderse en los próximos años a la capital regional de Concepción.

b) Consecuencias del cambio climático para la salud.

Los efectos del cambio climático repercuten en las determinantes sociales y ambientales de la salud, como los alimentos, el aire y el agua. En octubre del año 2012, la OMS liderada por la Directora General, Dra. Margaret Chan, publica “10 datos sobre el cambio climático y la salud¹⁰”, los cuales, describen con datos y cifras, las repercusiones sanitarias que se están observando a nivel mundial, como: Aumento de muertes por olas de calor; Aumento de desastres naturales; Cambios en la distribución de enfermedades, potencialmente mortales, distribuidas por vectores¹¹ ; entre otros.

3.1.2. Análisis al Microentorno del CVMF – Modelo de Competencias de Cinco Fuerzas.

Para completar el análisis externo, es necesario examinar el microambiente sobre el cual se desempeña una organización, en este caso se empleará el “*Modelo de competencia de cinco fuerzas de Michael Porter*”. Si bien, este modelo de análisis es ampliamente utilizado en el sector privado, en el cual existe competencia entre los actores de un mismo sector productivo, se cree necesario aplicarlo a esta industria de la salud pública, en la cual, está inserto el centro de salud.

¹⁰ http://www.who.int/features/factfiles/climate_change/es/

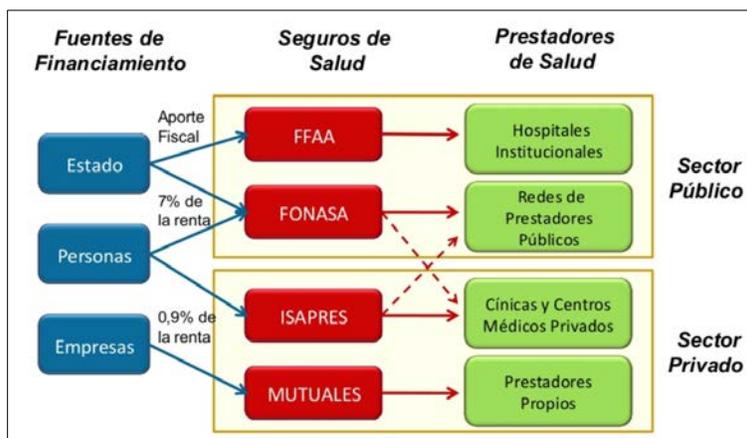
¹¹ Vectores: Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal), y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre. Los mosquitos son los vectores de enfermedades más conocidos. Garrapatas, moscas, flebotomos, pulgas, triatominos y algunos caracoles de agua dulce también son vectores de enfermedades. (<http://www.who.int>)

- Rivalidad entre los competidores existentes

En Chile coexisten dos subsistemas de salud en la misma industria, los cuales están agrupados según: Fuente de financiamiento, Seguros de salud y Prestadores de salud, resultando un sistema de salud público y otro privado. El sistema de salud público, entrega cobertura a un 81% de la población del país, beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA), organismo que entrega cobertura financiera, actuando como un seguro de prestaciones de salud de administración estatal.

Por otra parte, el sistema de salud privado, entrega cobertura a un 17% de la población, la que se encuentra financiada por el Instituto de Salud Previsional (ISAPRE), conformado por instituciones privadas aseguradoras de prestaciones de salud. En la Ilustración 14, a continuación, se muestra un esquema del sistema de salud en Chile actual (Benavides, Castro y Jones 2013).

Ilustración 14: *Sistema de Salud en Chile, según sus componentes*



Fuente: Extracto de una presentación de la Superintendencia de Salud (2011). URL: <https://es.slideshare.net/bethocarlos/chile-28123141>

En este escenario, uno de los problemas estructurales que más ha dañado a los establecimientos de salud del sector público, es la competencia que existe en la incorporación y retención de profesionales médicos, y sobre todo especialistas, con los establecimientos de salud del sector privado. Según un estudio publicado por Clínicas de Chile A. G.¹², la disponibilidad y distribución de médicos es de un 37% en los SSNS, un 11% en APS Municipal y un 52% pertenece al sector privado. La distribución anterior, es aún más acentuada al analizar las cifras en cantidad de horas disponibles. A continuación, se presenta la Tabla 4, extraída del informe referenciado anteriormente.

¹² Informe “Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile”. Clínicas de Chile A.G. 2014

Tabla 4: *Disponibilidad y distribución de Médicos. Servicios de Salud – Atención Primaria de Salud Municipal - Sector Privado*

Subsector	Nº de Médicos	Distribución %	Estimación Horas	Distribución %
Servicios de Salud	11.133	37%	385.841	29%
APS Municipal	3.237	11%	117.540	9%
Privados	15.626	52%	816.443	62%
Total	29.996	100%	1.319.824	100%

Fuente: Extracto del informe “Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile”. Clínicas de Chile A.G. 2014. Pág. 87.

Esta situación es la misma, si solo se considera la distribución de especialistas, concentrando, en este caso, un 54% de profesionales en el sector privado y un 46% en el sector público. Lo anterior, tomando en cuenta que un 81% de la población que es beneficiaria de Fonasa, recibe prestaciones de salud en los establecimientos de la red pública. Una de las razones que explicaría este escenario, dice relación con que la carrera de medicina es la de mayor costo y duración del sistema educacional superior en Chile, esa realidad agregada con la especialidad, suman un total de 12 años de estudios. Por lo tanto, las expectativas de recuperar esa inversión, en cuanto a costos y tiempo, para estos profesionales, es muy alta. Y, lo que el sector privado puede llegar a pagar por un especialista recién formado es hasta tres veces lo que paga el sector público.

Una de las condiciones que establece el convenio de formación de especialistas con recursos del Minsal, es que éste, a su término, debe ejercer el doble del tiempo de formación en un establecimiento de salud público, de lo contrario, deben pagar una multa equivalente al costo del programa de formación, más un recargo del 50% del mismo monto. Sin embargo, existe información, no confirmada, que hay prestadores privados que han pagado la multa para retirar a los especialistas antes que terminen la devolución de tiempo en el sector público¹³. Inclusive, desde hace unos 5 años, que se ha instalado, por parte de las clínicas, de exigir exclusividad de tiempo a los profesionales médicos, en desmedro del sector público.

En conclusión, la competencia existente dentro de la industria, entre prestadores privados y públicos es estructural, ya que los recursos disponibles en cuanto a captación y retención de profesionales médicos es muy superior en el sistema privado.

▪ *Poder de negociación de los clientes*

El análisis de esta fuerza se limitará a lo que ocurre en el sistema público de salud. En este contexto, se sabe que más del 81% de la población se atiende en los establecimientos de salud públicos.

¹³ “Crisis de médicos especialistas en la salud pública: las causas de un tumor de larga data”. Centro de Investigación Periodística 2015 (CIPER)

Por otra parte, Fonasa entrega cobertura a más de 13 millones de personas, equivalente al 73% de toda la población¹⁴, entre estos, la distribución por tramos es la siguiente: 24,7% Tramo A; 32% Tramo B; 17,7% Tramo C; y 25,7% Tramo D. Considerando la información de tramos y copagos que entrega Fonasa en su sitio web, existe Modalidad Libre Elección¹⁵ (MLE) para los tramos B, C y D. Por otra parte, los beneficiarios Fonasa que tienen MLE y se atienden con prestadores privados en convenio, deben cancelar un copago que, por regla general, alcanza el 50%.

Esta situación deja a los usuarios del Tramo A, y a gran parte del resto de personas de otros tramos, con bajas posibilidades de elegir libremente a un prestador individual (ej.: consulta médica particular) o institucional (ej.: centro médico), por lo tanto, el poder de negociación es bastante bajo. En resumen, la gran mayoría de los pacientes deben acceder a la salud, a través de la APS pública como “puerta de entrada” para posteriormente ser derivados, mediante interconsultas, a una atención de mayor complejidad, lo que genera las “interminables” listas de espera.

▪ *Poder de negociación de los proveedores.*

El CVMF pertenece a los establecimientos del SSNS, del sector público, por lo tanto, efectúa sus adquisiciones a través del sistema de compras públicas, normado por la ley 19.886 y su reglamento. Bajo esta normativa, los establecimientos públicos de salud, incluido el CVMF, tienen las siguientes modalidades de compra:

- Convenio Marco. El cual, es un mecanismo de compra, vía internet, de un catálogo de productos y servicios disponibles, con precios y condiciones, predefinidos mediante un contrato celebrado entre proveedores y la Dirección de Compras Públicas (DCCP). Este convenio lo licita la DCCP en representación de todo el universo de compradores, susceptibles de adquirir dicho producto, lo que normalmente permite alcanzar algunas condiciones de precio ventajosas.
- Licitación Pública. Para todos aquellos productos y servicios que no estén disponibles en el catálogo de convenio marco.
- Trato Directo. Corresponde a una modalidad de compra de tipo excepcional.

¹⁴ Cuenta Pública Participativa. Fonasa 2015.

¹⁵ Modalidad Libre Elección (MLE): Para el caso de los beneficiarios de Isapre, es aquella, cuya elección del prestador es resuelta libremente por el beneficiario y se pacta a través del Plan de Salud con la respectiva aseguradora. En cambio, para beneficiarios Fonasa, corresponde a una elección libre del profesional o entidad del sector público o privado que se encuentre inscrito en el Rol de Fonasa y tenga convenio vigente. URL: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red-privada>.

Otro medio de compra que tiene el CVMF, es a través de la intermediación que realiza la Cenabast, que consiste en una programación a nivel de Servicios de Salud, de insumos médicos y fármacos. Este instrumento de compra es también un medio para lograr precios convenientes. En resumen, el establecimiento dispone de mecanismos de compra que, potencialmente, le permiten alcanzar precios y condiciones ventajosas, siempre y cuando, disponga de una correcta planificación de suministros.

- Amenaza de entrada de nuevos competidores

La amenaza de nuevos competidores es inexistente, ya que el sistema público de salud presta cobertura a un amplio segmento de usuarios que los prestadores privados no tienen identificados como clientes potenciales. Prueba de ello, es que la población beneficiaria de Fonasa es mayoritariamente integrada por mujeres menores de 14 años y mayores de 65 años, mientras que las ISAPRES fijan un cliente objetivo con ingreso medio alto a alto, joven y de preferencia género masculino.

- Amenaza de posibles productos o servicios sustitutos

No es una fuerza que amenace al establecimiento de salud público, por cuanto no existen, hoy en día, servicios sustitutos para la necesidad de salud de la población.

3.2. Análisis Interno del CVMF

Ante la necesidad de contar con la mayor cantidad de información disponible para relevar la competitividad de una organización y, en consecuencia, definir la estrategia adecuada Thompson et al., (2012) señala que:

“El análisis interno permite a los administradores determinar si su estrategia cuenta con candidatos atractivos que den a la empresa una ventaja competitiva significativa frente a sus rivales. Junto con el análisis externo, facilita la comprensión de cómo reubicar una empresa para aprovechar nuevas oportunidades y enfrenta las amenazas competitivas que surgan” (Pág. 89).

Para el análisis interno del centro de salud, se utilizará el examen de recursos y capacidades, una herramienta que permite calibrar los activos competitivos de la organización y determinar, si estos, son capaces de satisfacer las bases necesarias que contribuyan a lograr, con éxito, una posición competitiva dentro de la industria de la salud (Thompson et al., 2012)

3.2.1. Análisis de Recursos del CVMF

Para el análisis de recursos, hay que entender que, un recurso, es un insumo productivo o activo competitivo que la institución posee o controla. Las organizaciones cuentan con diversos tipos de recursos, los cuales, se pueden clasificar en dos categorías: “Recursos Tangibles” y “Recursos Intangibles”. A continuación, se desarrollará un análisis por cada uno de ellos y sus correspondientes subcategorías.

3.2.1.1. Recursos Tangibles

- Recursos Físicos

- a) Infraestructura.

El centro de salud fue construido el año 1973, con estructura gruesa a base de albañilería reforzada. Dispone de 2.800 m² edificados y 5.700 m² construidos. Tiene dos pisos, dentro de los cuales, se distribuyen los boxes clínicos y oficinas administrativas. Debido a lo antigua de su construcción, se han realizado una serie de modificaciones internas de distribución y construcción, con la finalidad de adaptarlo a los requerimientos que exige la autoridad sanitaria (Secretaría Regional Ministerial de Salud).

- b) Clínicas Dentales.

El Cesfam dispone de 25 boxes odontológicos, lo que la convierte en el centro de salud con mayor capacidad, de la provincia, en el área odontológica. Lo anterior, es producto de ser un centro de segundo nivel odontológico¹⁶.

- c) Urgencia de Atención Primaria.

Desde hace 8 años, el CVMF dispone de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), con un horario atención de lunes a viernes de 17:00 a 24:00 hrs., y días sábado, domingo y festivos de 8:00 a 24:00 hrs. Está dotada con personal de la salud que apoya en descongestionar la urgencia del hospital base, dotando de mayor resolutivez al centro de salud, entregando tratamiento farmacológico completo a los pacientes y disminuyendo la carga de morbilidad¹⁷ para el día siguiente en horario diurno. A contar de abril de 2017, se dio puesta en marcha al Servicio de Alta Resolutivez (SAR), correspondiente a una política de salud pública, contemplado entre las 50 primeras medidas dictadas por el ejecutivo el año 2014, una vez asumido el cargo.

¹⁶ El segundo nivel de atención de salud corresponde al Nivel Secundario de acuerdo con la tipología de establecimientos que conforman el SSNS. Es decir, el CVMF tiene un Centro de Referencia Odontológico para la provincia.

¹⁷ Se entiende por Morbilidad como la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones (Definición de Morbilidad. wikipedia.org, 2016)

Contempla la habilitación de 132 SAR en el país dentro de los años 2014 y 2018, de los cuales, 22 están siendo implementados en la región del Bío Bío y 2 de ellos en plena operación en la comuna de Concepción. Uno de estos, lo administra el Cesfam Tucapel, bajo la dependencia de la DAS Municipal. Y el otro, está adosado y es administrado por el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández. Cuenta con equipamiento para Telemedicina (Por ejemplo: Tele electrocardiograma, Tele consultas, Tele consultorías y Tele educación), Equipamiento Radiológico Osteopulmonar, Laboratorio básico y Ambulancia.

El objetivo principal es dotar al CVMF de una unidad de urgencia mejorada, que brinde una mayor resolutivez a la población y, en consecuencia, descongestione la Urgencia del Establecimiento Hospitalario Base (UEH del Hospital Guillermo Grant Benavente). Respecto a este último punto, se puede complementar señalando que la demanda de atenciones en las urgencias del SSC están distribuidas de la siguiente forma, según muestra la Tabla 5.

Tabla 5: *Consultas en la Urgencia de Establecimientos Hospitalarios del Servicio de Salud Concepción durante el año 2012*

ESTABLECIMIENTOS	Nº DE CONSULTAS	% CONSULTAS DEL TOTAL
H. Guillermo Grant Benavente	162.773	45,5%
H. de Coronel	122.538	34,3%
H. Lota	72.285	20,2%
Total	357.596	100,0%

Fuente: Registro Estadístico Mensual, REM-A08 Sección A.2, DEIS 2012.

De acuerdo con esta información, el Hospital Guillermo Grant Benavente (en adelante HGGB), perteneciente al SSC, es quien concentra la mayor demanda de consultas de urgencia con un 45,5% sobre el total de la provincia de Concepción. A continuación, al desagregar la demanda de acuerdo con la categorización de pacientes¹⁸, como muestra la Tabla 6, se puede apreciar que el 90,9% de las solicitudes de atención en la urgencia debieran ser atendidas en los Servicios de Urgencia de la Atención Primaria (SAPU), salvo un porcentaje de la categorización C3, que eventualmente pudiera ser trasladada a la UEH, para recibir un mejor diagnóstico dada la complejidad.

¹⁸ Categorización de pacientes en las UEH: C1 y C2 (Emergencia. Peligra la vida del paciente, debe resolverse en la UEH); C3 y C4 (Urgencia. C3 se puede resolver en SAPU con posible traslado a la UEH. C4 se puede resolver en SAPU); C5 (Consulta general. No corresponden a una urgencia, por lo tanto, se puede atender en el Cesfam)

Tabla 6: *Cantidad de consultas por categorización de pacientes en el Hospital Guillermo Grant Benavente durante el año 2012*

Establecimiento	C1	C2	C3	C4	C5	Sin Cat.	Total
HGGB	657	5.610	57.826	77.286	12.768	8.626	162.773
Porcentaje	40%	3,4%	35,5%	47,5%	7,8%	5,3%	100,0%

Fuente: Registro Estadístico Mensual, REM-A08 Sección A.2, DEIS 2012

La situación evidenciada, es causante de largas horas de espera e insatisfacción de los usuarios. Por lo tanto, la implementación de un SAR en el Cesfam Dr. VMF es una importante fortaleza que permitirá capturar una parte de esta demanda insatisfecha, disminuyendo la congestión de la UEH del Hospital Base y aumentando la satisfacción de los usuarios.

▪ Recursos Tecnológicos

a) Sistema de información ERP.

En la actualidad el Cesfam tiene implementados algunos módulos de un ERP desarrollado por el Servicio de Salud Concepción, en conjunto con los Servicios de Salud Metropolitano Central y Ñuble, denominado SINETSUR¹⁹. Este, es uno de los diferentes sistemas de información existentes en la red de los SSNS, los cuales, se han financiado con recursos del macroproyecto de Sistemas de Información de Redes Asistenciales (SIDRA) impulsado por el Minsal y que tiene sus orígenes junto a la implementación de la reforma de la salud entre los años 2004 – 2005. Algunos servicios de salud adquirieron tecnología existente para implementar en sus establecimientos dependientes, siendo el más conocido el que provee la empresa Saydex con el software *Rayen*, entre otros. Distinto es el caso del SSC, que destinó los fondos a producir un sistema propio, el cual a la fecha está siendo implementado en forma parcial.

El SINETSUR dispone de módulos para Agenda, Farmacia, Urgencia, Telemedicina, Registro de Atención, Ficha Electrónica, entre otros. El CVMF, dispone de algunos módulos, siendo actualmente implementado el de Ficha Electrónica. En este último caso, dado los costos de poblamiento de información existente, se tomó la determinación de mantener fichas médicas de pacientes en papel e ingresar al sistema a pacientes nuevos, lo que genera una duplicidad de acceso a información.

¹⁹ <http://sinetsur.ssconcepcion.cl/index.htm?rand=3.2168366330>. Si bien el sitio web no señala el significado, se infiere que “Sinetsur” corresponde a un acrónimo conformado por 3 conceptos: (Si) Sistema, (net) redes, (Sur) del sur, en definitiva, se podría traducir como: “*Sistema de redes [de información] del Sur*”.

b) Equipamiento Tecnológico en Salud.

Actualmente, el centro de salud cuenta con el equipamiento necesario para brindar atención en el nivel primario y secundario odontológico. A pesar que en el último tiempo se han realizado esfuerzos para incorporar la Telemedicina, utilizando al CVMF de “piloto” en algunos procedimientos tales como: Tele dermatología y Telecardiología, la lenta introducción no ha permitido impactar significativamente en la resolutivez de atenciones, lo que, en consecuencia, mantiene las largas listas de espera de especialidad. Por otra parte, el establecimiento, al no disponer de equipamiento de diagnóstico (Ecógrafos, Equipos de Rayos, etc.) debe destinar recursos en licitar compra de servicios al sector privado.

▪ Recursos Presupuestarios.

a) Fuentes de Financiamiento.

El establecimiento dispone de tres fuentes de financiamiento principales para sus operaciones, las cuales, según la ejecución presupuestaria del año 2016, está compuesto por:

- Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), el cual, es transferido en cuotas mensuales, destinado a cubrir el gasto operacional del centro de salud como, por ejemplo: Remuneraciones, Gastos Básicos, Compra Fármacos e Insumos Clínicos. Representa el 61% del total de ingresos.
- Programa de Atención Primaria (APS), el cual, es una fuente de financiamiento sujeta a convenios anuales que firma el director del centro de salud con el Servicio de Salud Concepción. Estos convenios están asociados a programas específicos como: Programa Cardiovascular, Programa Chile Crece Contigo, Programa de Resolutivez, etc. Tienen, en su mayoría, una primera cuota del 60% y una segunda remesa sujeta al cumplimiento de los indicadores que el convenio establece. Esta fuente de financiamiento representa un 21% del total de los ingresos.
- Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), se trata de convenios, en su mayoría asociados a programas de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE), que firma el director del establecimiento con el SSC, los cuales, son transferidos en forma mensual, según la cantidad de actividades realizadas, las que se encuentran previamente valorizadas. En esta fuente de financiamiento, se encuentran tratamientos y actividades como: Cuidados Paliativos al dolor (Pacientes con cáncer), Curaciones a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Confirmación de cataratas, Confirmación y tratamiento de vicio refracción, Rescates simple y traslado de pacientes a urgencias, entre otros. Este programa representa un 13% del total de ingresos.

En resumen, el Cefam tiene como principal fuente de financiamiento las transferencias que realiza el Servicio de Salud Concepción, las que alcanzan, según información obtenida de la ejecución presupuestaria del año 2016, un 95% del total de los ingresos anuales. A excepción del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), las transferencias están sujetas al cumplimiento de indicadores suscritos en convenios firmados entre el director del CVMF y el SSC.

En cuanto al gasto, se ha podido establecer que los mayores costos operacionales están en las remuneraciones, con un 72% de participación sobre el total. Por otra parte, el gasto en fármacos e insumos clínicos y prestaciones médicas al extra sistema, representan un costo directo del 12% y 6% respectivamente sobre el total del gasto anual.

▪ Recursos Organizacionales.

a) Infraestructura en las TIC.

El establecimiento cuenta con un soporte comunicacional y servidores, ubicados y administrados desde el SSC. Dispone de equipamiento computacional en todas las unidades y sus dependencias, tanto clínicas como administrativas, con acceso a internet. Existen restricciones y protocolos de seguridad que permiten a los funcionarios navegar por sistemas solo institucionales, lo que contribuye a mantener seguras y descongestionadas las redes. Además, cuenta con una unidad funcional de soporte informático dependiente de la subdirección administrativa.

b) Planificación Estratégica Nacional.

El CVMF actualmente no cuenta con una planificación estratégica propia y formal, sin embargo, existe a nivel del Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Servicios de Salud, una planificación estratégica asociada a un sistema de control de tipo Cuadro de Mando Integral.

El Minsal, el año 2011, elaboró una planificación denominada “Estrategia Nacional en Salud²⁰”, la cual comprende un periodo de ejecución desde el año 2011 al 2020 y está compuesta por 9 objetivos estratégicos. A su vez, el SSC tiene vigente una planificación estratégica que comprende el periodo desde el año 2015 al 2018²¹, la cual tiene como base la declaración realizada en las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS²²). Esta planificación, publicada por el SSC en su sitio web, está compuesta por cinco lineamientos estratégicos (LE) que se enuncian a continuación:

²⁰ <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf>

²¹ http://www.ssconcepcion.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/01/Planificaci%C3%B3n-Estrat%C3%A9gica-SSC-V.Empaste-V.Final-1.pdf

²² RISS: Redes Integradas de los Servicios de Salud. Aprobadas en 49° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Resolución CD 49. R22: “Sobre Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud (APS), con el propósito de combatir esa fragmentación y contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria”

- LE1: Mejorar la gestión con el fin de contar con recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la Red.
- LE2: Fortalecer la integración de la Red Asistencial, coordinando los diferentes niveles de atención y potenciando su articulación con otras redes.
- LE3: Fortalecer la Gestión Administrativa del Servicio de Salud Concepción.
- LE4: Mejorar la calidad de la atención usuaria y su vínculo con la comunidad.
- LE5: Fortalecer la Comunicación Interna y Externa de la Red Asistencial del Servicio de Salud Concepción.

c) Sistemas de Control Operacional y Estratégico.

En la actualidad, el establecimiento no cuenta con sistemas de control operacionales, ni estratégicos. Sin embargo, lo que hoy existe es una programación de salud anual que les permite diseñar su oferta de prestaciones de acuerdo con la población dependiente e inscrita. Esta programación incorpora además los lineamientos programáticos que establecen los convenios asistenciales APS y PPV firmados por el director con el SSC. Por otra parte, los estados de avance de la programación y los convenios son monitoreados en forma manual por el “Equipo Gestor²³” de la institución, equipo de profesionales asesores que entregan en forma periódica reportes al director. Sin embargo, la información contenida, así como sus reportes, no tienen la confiabilidad y oportunidad necesarias para la correcta toma de decisiones del equipo directivo.

d) Estructura pública altamente jerarquizada.

Ser un establecimiento dependiente del articulador de la red local (SSC) ayuda en la consecución de proyectos experimentales innovadores. Sin embargo, es también una realidad que la estructura jerárquica de la administración pública, y sobre todo en salud, tienen una acción burocrática que la hacen lenta frente a cambios o innovaciones que nacen desde los establecimientos de salud. Las iniciativas innovadoras, que requieren recursos adicionales, son enviados al SSC, quien tramita con el ministerio a fin de concursar recursos para el año siguiente.

3.2.1.2. Recursos Intangibles

▪ Recursos Humanos.

a) Especialidades Médicas.

El establecimiento cuenta con algunos especialistas en Pediatría, Medicina Familiar, Oftalmología y Odontología. Este último, le da al establecimiento la categoría de nivel secundario en odontología, en especialidades como: Endodoncia, Ortodoncia adulto e

²³ Equipo Gestor: Unidad asesora del director del Cesfam, conformado por un equipo de salud multidisciplinario encargado de promover el proceso de implementación del modelo de salud familiar y comunitario. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal. En el camino a Centro de Salud Familiar, (2008)

infantil, Prótesis, Periodoncia, Odontopediatría y Trastornos Temporomandibulares. Sin embargo, esta condición, de nivel secundario, es de referencia para toda la provincia de Concepción, por lo que el establecimiento dispone de una lista de espera común, tanto para los pacientes de otros centros de salud pública, como para los pacientes de su jurisdicción.

b) Vínculos con la docencia.

Algunos profesionales médicos y no médicos del establecimiento realizan, fuera de su horario de trabajo, clases en algunos establecimientos de educación superior tales como: Universidad de Concepción, U. San Sebastián, U. del Desarrollo y U. Andrés Bello, situación que los mantiene con conocimientos actualizados en las distintas áreas de la salud.

c) Niveles de capacitación.

El CVMF cuenta con una Programación de Actividades de Capacitación (PAC) el cual, tiene asociado recursos y orientaciones emanadas desde el SSC. Sin embargo, parte del presupuesto es administrado por el establecimiento y orientado a actividades que determina su director. Esta planificación interna, nace de acuerdo con los requerimientos de las distintas unidades clínicas y administrativas, las cuales, son ejecutadas en base a una priorización determinada por el equipo directivo.

d) Déficit de horas profesionales en la salud.

Además de existir una baja oferta de horas médicas, existen también cada vez menos oferta en horas de otros profesionales de la salud, como: Enfermería, Obstetricia y Nutrición. Esta situación genera dificultades ante ausencias prolongadas de los funcionarios al dificultarse la tarea de encontrar reemplazantes o completar vacantes disponibles. También, existe incertidumbre en especialidades como Pediatría y Oftalmología, ya que se trata de profesionales que están próximos a retiro por jubilación.

e) Niveles de Ausentismo y Rotación.

Esta situación, es uno de los motivos por los cuales se genera déficit al intentar completar la agenda con horas médicas, lo que aumenta el rechazo de pacientes de morbilidad, quienes deben esperar largas horas para una atención o llegar antes que el establecimiento abra sus puertas para alcanzar una de las pocas horas disponibles, ya que la agenda está poblada, en gran parte, para pacientes bajo control, entre ellos los crónicos y control sano.

Según un informe elaborado por la Dirección de Presupuesto²⁴, en materias de recursos humanos del sector público, a nivel de ministerios, el sector salud tiene un promedio mensual de ausentismo por trabajador de 2,2 días, según datos del año 2015, superando el promedio nacional de 2,0 días. Separando la información por género, se observa que en el caso de los

²⁴ Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 2006-2015, DIPRES, Ministerio de Hacienda, Noviembre de 2016.

hombres la tasa es de 1,2 días, al igual que el promedio nacional, mientras que en el caso de las mujeres la tasa se eleva a 2,7 días, frente al promedio nacional de 2,6 días.

f) Diferencia de estatutos laborales.

El establecimiento, al ser dependiente del Servicio de Salud Concepción, tiene a sus Médicos, Odontólogos y Químico Farmacéutico, bajo la ley 19.937. Mientras que el resto de los profesionales de la salud se encuentran bajo el régimen del Estatuto Administrativo, ley 18.834. Estas leyes no reconocen carrera funcionaria, es decir, aumento de remuneraciones de acuerdo con la antigüedad, entre otros factores.

Lo contrario ocurre en los establecimientos de salud municipal, los cuales están regidos por el Estatuto de Atención primaria Municipal, ley 19.378, que contempla un desarrollo de carrera funcionaria. Esta dualidad de realidades ha provocado por muchos años una competencia dentro del propio sistema de salud, en cuanto a los incentivos que mejor satisface a los profesionales de la salud para su permanencia.

g) Liderazgo Directivo.

El actual director del CVMF, lleva 17 años encabezando este establecimiento, a pesar de haber constantes cambios de director del SSC. Esta continuidad en la dirección del establecimiento, ofrece una ventaja que empodera al director a nivel de grupos de interés, como son: Los gremios, diversos colegios de profesionales de la salud, organizaciones vecinales, los funcionarios del establecimiento, etc.

▪ Relaciones

a) Campo clínico.

El establecimiento está adscrito al convenio marco que mantiene el Servicio de Salud Concepción con las Universidades de Concepción y San Sebastián. En este contexto, la institución cuenta con recursos que las universidades entregan en infraestructura y apoyo clínico, lo que permite contar con algunos becados en especialidades y profesionales de la salud por periodos acotados. A su vez, se da la instancia para desarrollar proyectos de innovación al interior del establecimiento en conjunto con las universidades.

b) Convenios estratégicos.

Existe en el ámbito de compras la programación a través de la CENABAST, el cual, es un organismo estatal dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y que opera como un intermediador en la adquisición de fármacos e insumos clínicos. Sin embargo, debido al bajo cumplimiento y poca flexibilidad en la intermediación es cada vez menos utilizada esta alternativa como medio para obtener precios convenientes.

c) Organizaciones comunitarias.

El modelo de salud familiar y comunitario tiene la virtud de establecer relaciones de colaboración con diferentes organizaciones comunales y vecinales pertenecientes a la jurisdicción del establecimiento. Estas, proporcionan un puente que permite al establecimiento emprender acciones de difusión en cuanto a la Promoción y Prevención asociadas a las determinantes y factores de riesgo en la salud, por ejemplo: Campañas de Inmunización, Promoción de campaña cardiovascular, Operativos dentales, entre otros.

d) Relación con la red asistencial.

Actualmente, el sistema de salud tiene una relación de referencia y contrareferencia con el CVMF, es decir, aquellos pacientes que el establecimiento no logra diagnosticar, por la complejidad de los síntomas, los deriva a un establecimiento de segundo nivel (especialidades). Por otra parte, los niveles de atención secundaria devuelven a los pacientes con un diagnóstico y tratamiento al nivel primario. Lo mismo ocurre con el nivel terciario (atención cerrada y urgencias) quienes, una vez dado de alta el paciente, es derivado a la atención primaria para continuar con su tratamiento y recuperación. Sin embargo, no existe el desarrollo de proyectos en innovación que permitan aprovechar la información disponible de los pacientes en cuanto a la trazabilidad que implica pasar de un nivel de atención a otro.

e) Organizaciones Gremiales.

Al interior del establecimiento existen dos organizaciones gremiales como son: La Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS) que agrupa principalmente a funcionarios técnicos, administrativos y auxiliares y; La Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS). También existen profesionales que están colegiados, entre los que se encuentran con mayor representación los colegiados Médico, Enfermeras y Matronas. Estas organizaciones gremiales, a través de sus representantes, tienen un espacio permanente dentro de las reuniones que el director encabeza con el Consejo Técnico, el cual, se reúne mensualmente y está integrado por todos los encargados de unidad del establecimiento. Otro espacio de participación es el correspondiente al proceso de selección de cargos, en donde participa el representante gremial del estamento que está en concurso en la etapa de entrevista personal. En general, existe una participación amplia de estas organizaciones en actividades y reuniones de alto impacto para la institución, lo cual, ha sido positivo en fomentar una relación constructiva, que muchas veces puede ayudar a contener el paro de funcionarios, inclusive en aquellas convocadas por las directivas nacionales.

▪ Imagen.

a) Percepción del Servicio Proporcionado.

Anualmente el Minsal, a través de empresas externas, realiza una encuesta nacional de satisfacción usuaria, que abarca los ámbitos de trato y calidad en la atención. El año 2015, el establecimiento obtuvo el 6° lugar de los peor evaluados en su categoría, en el ranking nacional, con una nota 5,84. La encuesta, constaba de 11 preguntas a los usuarios, cuyos resultados se pueden ver en detalle en el Anexo N° 4 de este informe. Entre los atributos con menor evaluación, comparados con el resultado promedio obtenido por el SSC, dicen relación con el trato entregado al paciente durante su visita al establecimiento como, por ejemplo, la forma en la cual fue saludado, la amabilidad y cortesía, el interés porque comprendiera la información, claridad del lenguaje, disposición a escuchar y comprender al usuario, entre otros.

b) Larga trayectoria del establecimiento.

El centro de salud, tiene sus orígenes en el año 1931 como “Policlínico para Enfermedades Venéreas de Plaza Acevedo”, evolucionando de consultorio a ser actualmente certificado como Centro de Salud Familiar (Cesfam), completando así, más de 85 años de trayectoria entregando prestaciones de salud a la comunidad en la comuna.

c) Establecimiento no municipal.

Es el único centro de salud no municipal en la provincia de Concepción y uno de los 29 existentes a nivel nacional, situación que fortalece su gestión al tener un potencial de comunicación directa y cercana con los niveles de atención de mayor complejidad, formando parte del directorio que se reúne periódicamente con el director del Servicio de Salud Concepción. Según la percepción del director del Cesfam, existe por parte del Servicio de Salud una necesidad de mostrar una buena gestión del establecimiento ante la subsecretaría y los municipios, ya que es de su dependencia directa (Müller G., 2016). Lo anterior, facilita el acceso al desarrollo de proyectos y obtención de recursos, por ejemplo, el proyecto de implementación de uno de los dos SAR para la comuna de Concepción, implementación de prestaciones experimentales a través de telemedicina, puesta en marcha de módulos SINETSUR, entre otros. En cambio, los municipios tienen el foco en varias áreas sociales, una de ellas es la salud de la población, sin embargo, también está la educación, vivienda, aseo y ornato, entre otras responsabilidades.

d) Centro de referencia odontológica.

En el caso de la odontología, el CVMF es referente de nivel secundario en especialidades odontológicas para los pacientes de la red asistencial del SSC. Es decir, aquellos pacientes cuyas patologías dentales no pueden ser resueltas por la APS Municipal, son derivados, vía interconsulta, al centro de salud, quienes deben atender, tanto a los pacientes de su jurisdicción como a los pacientes provenientes de interconsulta de los municipios de la

provincia, respetando la lista de espera existente, que al 31 de noviembre de 2017 concentra 17.304 atenciones en espera, siendo la más importante la especialidad de ortodoncia abarcando un 37%, fundamentalmente de la población infantil.

En la especialidad odontológica se entregan prestaciones como: Endodoncia, Prótesis, Ortodoncia, Periodoncia, Odontopediatría y Trastornos Temporomandibulares. A pesar que los usuarios del CVMF no tienen prioridad en la lista de espera de estas especialidades con respecto a los usuarios de otros centros de salud primaria, la existencia de esta y otras especialidades le entrega al establecimiento una imagen de mayor capacidad resolutive y diferenciadora frente a los otros de su especie en la comuna.

▪ Cultura y Sistema de Incentivos.

a) Esquema de incentivos.

Actualmente, el establecimiento cuenta con un esquema de incentivos de tipo fijo y variable. Entre los incentivos de carácter fijo está: El Bono por Permanencia, que lo reciben los profesionales de la salud en forma mensual; Las Asignaciones de Zona y antigüedad. Mientras que, entre los incentivos de carácter variable se encuentran: Bono por desempeño Institucional, para todos los funcionarios, según el resultado que obtengan en los indicadores de salud y gestión establecidos en los convenios; el Bono por desempeño individual, que depende del tramo en el cual quede el funcionario según su calificación por desempeño; El Bono de Satisfacción del Usuario, el cual depende del tramo que obtenga el Servicio de Salud con el resultado de la encuesta de nacional a los usuarios. Existen otros incentivos, no asociados a desempeño, como: Incentivo al Retiro Voluntario; Aumento de feriado legal según antigüedad; Permisos Administrativos con goce de sueldos, que se autorizan a discreción del Jefe de Unidad correspondiente; Prestaciones sociales del servicio de bienestar; entre otros. En general, los Bonos por desempeño en convenio, están asociados a indicadores de actividad, es decir, cumplir con una cantidad de prestaciones y/o porcentaje de cobertura de prestaciones de salud a la población.

b) Cultura Organizacional.

Al interior del establecimiento existen diversas culturas dependiendo de la unidad u organización gremial, sin destacarse ninguna en particular. La ausencia de una planificación estratégica institucional, que logre sistematizar un lineamiento de trabajo en el mediano y largo plazo, atenta en fomentar una identidad propia que contribuya a dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

3.2.2. Análisis de Capacidades del CVMF

Por capacidad, algunos autores la describen como: “la habilidad de una organización de desempeñar alguna actividad de manera muy eficiente” (Thompson et al. 2012).

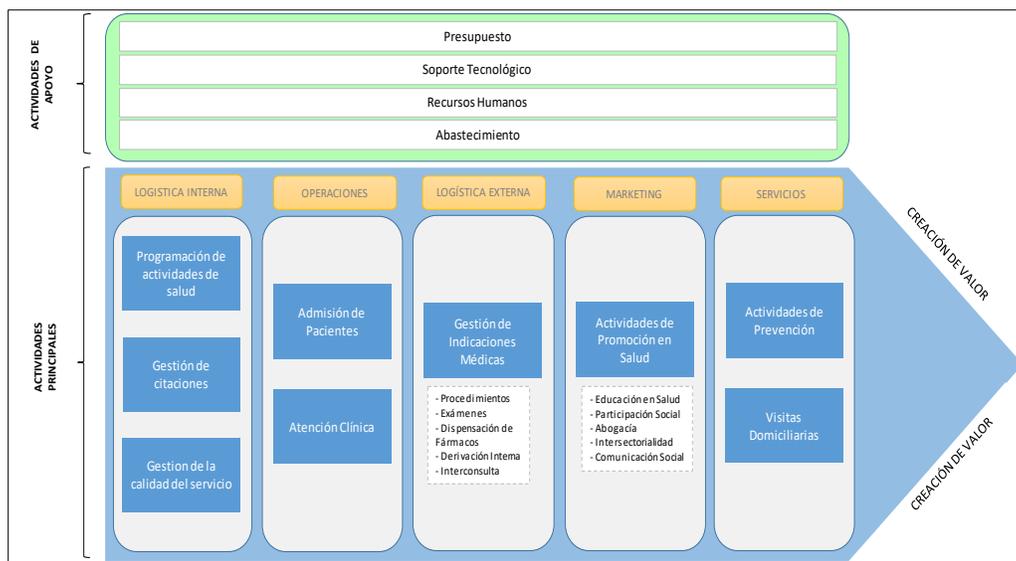
Este es un análisis más complejo que el de recursos, ya que se desarrollan a partir del uso de estos, es decir, dentro del proceso productivo de entregar prestaciones de salud, servicio cuyo proceso ocurre en forma simultánea con la atención al usuario. Para la identificación de capacidades distintivas, lleva a cabo el análisis de la Cadena de Valor de Porter.

3.2.2.1. Cadena de Valor del CVMF

La cadena de valor es un concepto elaborado y articulado por el economista, experto en estrategia empresarial, Michael Porter²⁵. Esta metodología, busca identificar a todas aquellas actividades que desempeña la organización dentro del proceso productivo y cuyo propósito final es crear valor para el cliente. Consta de dos categorías denominadas Actividades Primarias y Actividades Secundarias, las que, para efectos de este proyecto, denominaremos como Actividades Principales y Actividades de Apoyo. Las actividades principales, son aquellas que participan del proceso de transformación de recursos hasta la elaboración de un producto o entrega de un servicio al cliente, lo que también se reconoce como la creación y entrega de valor. Por otra parte, las actividades de apoyo son las necesarias para facilitar y mejorar el desempeño de las actividades principales.

A continuación, la Ilustración 15 muestra la cadena de valor correspondiente al Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández, adaptada al modelo estándar que propone el autor, ya que la cadena varía dependiendo de la industria productiva en la cual se encuentre la organización. Posteriormente, se desarrolla un análisis descriptivo de cada una de las actividades identificadas.

Ilustración 15: Cadena de Valor Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández



Fuente: Elaboración propia.

²⁵ Libro "Ventaja Competitiva" del autor Michael Porter (1985).

▪ Actividades Principales

a) Logística Interna.

- Programación de actividades de salud.

Corresponde a un subproceso administrativo, por medio del cual, se realiza la programación anual de prestaciones a la población a cargo que se atenderá durante el año. A través de este subproceso, se caracteriza la población, se establecen los objetivos, se programan las actividades y estimando la demanda esperada. Esta programación la realizan las unidades clínicas en su conjunto, las cuales, son consolidadas por el Equipo Gestor y propuestas al director del establecimiento.

- Gestión de citas.

Corresponde al subproceso mediante el cual la unidad de Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME), realiza el agendamiento de pacientes a los profesionales médicos y no médicos, de acuerdo con la programación, o bien, en base a la necesidad de control de pacientes crónicos.

- Gestión de la Calidad.

Es una actividad desarrollada por el Equipo de Calidad, el cual, imparte directrices y protocolos al equipo de salud con la finalidad de estandarizar los procesos y subprocesos disminuyendo el riesgo de eventos adversos (EA) y asegurar el buen trato al usuario. Se basa en los modelos de calidad que imparte la Superintendencia de Salud, para los establecimientos de atención abierta.

b) Operaciones

- Admisión de pacientes.

Se trata de un subproceso de tipo administrativo, por medio del cual, se ingresa al paciente a fin de otorgarle una prestación. A través de este subproceso, se confirma la identidad, previsión y entrega de información pertinente al paciente para que asista a la hora programada para su atención. Se trata de una actividad a cargo de la unidad de SOME.

- Atención Clínica.

Corresponde a un subproceso clínico, que ejecuta el profesional médico o no médico. En el primer caso, el proceso comienza con la consulta de antecedentes del paciente, realizar el examen físico y anamnesis, luego se registra la evolución del paciente, el diagnóstico, se formula el plan terapéutico y, finalmente, se registran las indicaciones.

En el caso de ser un profesional no médico, el proceso comienza con la consulta de antecedentes del paciente, se realiza la evaluación, el plan de atención y se registra la evolución. Corresponde a una actividad ejecutada por las Unidades Médicas y no médicas del establecimiento.

c) Logística Externa

– Gestión de Indicaciones Médicas.

Corresponde a un proceso clínico, relacionado a un conjunto de actividades enfocada a la coordinación y ejecución de las indicaciones médicas realizadas por el médico tratante, pudiendo ser: Dispensación de medicamentos, Estudio de laboratorio, Imagenología, Procedimiento, Derivación interna (Asistente social, Psicóloga/o, Enfermería, Etc.), interconsulta al nivel secundario (Referencia), entre otras acciones. La implementación del módulo de receta electrónica desde el año 2011, ha disminuido los errores de dispensación, agilizando este proceso.

d) Marketing

– Actividades de Promoción en Salud.

La promoción de la salud, según la OPS: “Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. La promoción de la salud actúa en forma individual y colectiva las determinantes de la salud. Por determinantes de la salud, se entiende como aquellas condiciones sociales en que las personas viven y trabajan (estilos de vida), y que impactan en la salud, por ejemplo: calidad de la alimentación, niveles de ingreso, vivienda, actividad física, condiciones medioambientales, etc. Esta actividad se desarrolla en conjunto con organizaciones comunitarias y/o vecinales, en colegios, universidades y empresas. De acuerdo con el modelo de salud familiar, las estrategias fundamentales de la Promoción de la Salud son: Educación en salud, Participación Social, Abogacía, Intersectorialidad y Comunicación social²⁶. La responsabilidad de su coordinación y ejecución le corresponde a la Unidad de Servicio Social, quienes, dependiendo de la actividad, reúnen equipos de salud multidisciplinarios que asisten a reuniones en terreno.

e) Servicios

– Actividades de Prevención.

Esta actividad va en directa acción sobre los factores de riesgo de la salud, por ejemplo mediante: Programas de inmunización, Exámenes de medicina preventiva (EMP), etc.

²⁶ Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Año 2012.

Sin embargo, su principal tarea se orienta en el control de pacientes crónicos, con controles de seguimiento a fin de ir monitoreando la evolución de las distintas patologías entre las que se encuentran la Diabetes Mellitus 1 y 2, Hipertensión Arterial, Obesidad, Trastornos mentales, Cáncer, entre otros. Está a cargo de la Unidad de Enfermería y Medicina del establecimiento.

– Visita Domiciliaria Integral (VID).

Estas acciones están orientadas a pacientes postrados con enfermedad respiratoria crónica, gestantes y puérperas insertas en ambiente con riesgo social, niños(as) con déficit en su desarrollo psicomotor, familias en las cuales exista diagnóstico de niños(as) con maltrato infantil y/o abuso sexual, adolescentes con depresión con la finalidad de completar evaluación diagnóstica, mujeres con depresión postparto, etc.

Las VID son efectuadas de acuerdo con la programación anual, por parte de los equipos de salud multidisciplinarios divididos por sectores.

▪ Actividades de Apoyo

a) Abastecimiento

Corresponde a una unidad dependiente de la Subdirección Administrativa del establecimiento, la cual tiene bajo su responsabilidad la Planificación, Organización y Gestión de las compras, de acuerdo con la normativa legal de compras públicas vigente. Además, cuenta con la administración de las bodegas de Aseo y Escritorio, y Farmacia e Insumos clínicos. Por lo tanto, una correcta gestión de esta unidad permite a las actividades principales de la cadena de valor, contar con los insumos, equipos y servicios necesarios para la adecuada prestación de servicios a los usuarios.

En el caso de la intermediación programada de medicamentos e insumos (Cenabast) y la resolución que aprueba las bases de licitación, deben ser gestionadas a través del Servicio de Salud Concepción, ya que esta función no se encuentra delegada en el director del CVMF, lo que exige tener una proyección de compras precisa, de manera de disminuir la ocurrencia de compras imprevistas que impidan contar con los insumos y servicios con la oportunidad requerida en apoyo a la resolutiveidad.

b) Recursos Humanos

Unidad dependiente de la Subdirección Administrativa, encargada de la gestión de personas al interior del establecimiento, en materias relativas al pago de remuneraciones, reclutamiento, selección y capacitación del personal. Es una actividad importante dentro de la institución, ya que el servicio que presta a los usuarios es a través de personas, quienes representan un recurso clave dentro del modelo de negocio. La asignación de nuevos cargos y desvinculación de funcionarios no está delegada en el director del establecimiento, por lo tanto, debe ser gestionado a través del SSC.

c) Soporte Tecnológico

Esta actividad recae en la unidad de Informática y Soporte, dependiente de la Subdirección Administrativa del establecimiento. Su principal función es brindar soporte informático, en cuanto a hardware y software, este último, en ofimática, redes y coordinaciones con el departamento de informática del Servicio de Salud Concepción y sus programadores en las plataformas de SINETSUR, Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), Administración de bodegas, entre otros.

Es una actividad relevante dentro de la cadena de valor, ya que el establecimiento tiene informatizados algunos procesos como agendamiento, receta electrónica, interconsultas, entre otros. Procesos que además ocurren en forma simultánea con la prestación del servicio al usuario, por lo que esta unidad debe contribuir en el permanente *uptime* de los sistemas.

d) Presupuesto

La gestión del presupuesto está a cargo de la unidad de Finanzas, la cual es dependiente de la Subdirección Administrativa del establecimiento. Son responsables de planificar, organizar y controlar el flujo de recursos, con la finalidad de mantener el suministro de insumos y servicios necesarios para el correcto funcionamiento de las actividades principales. Por otra parte, es responsable de controlar el estado de avance presupuestario en ingresos por transferencias y recaudación, además de controlar el gasto en personal (Subtítulo 21), bienes y servicios de consumo (Subtítulo 22) y activos no financieros (Subtítulo 29).

Ahora bien, la cadena de valor descrita anteriormente permite determinar las actividades de valor que se traducen en ventajas competitivas, como así, aquellas que, en comparación con el sector, significan una desventaja que necesariamente se debe intervenir. Para entender este efecto, el autor Thompson et al. (2012) señala que:

“Hay una estrecha relación entre las actividades creadoras de valor que desempeña una empresa y sus recursos y capacidades. Una capacidad o competencia organizacional implica una *habilidad* para la acción; en cambio, una actividad creadora de valor *es* la acción [...] Cuando las empresas se comprometen en una actividad creadora de valor, lo hacen al recurrir a recursos y capacidades específicos de la empresa que subyacen y permiten la actividad” (pág. 117).

La relación establecida por el autor, para el caso del Cesfam, sería comprometer una actividad creadora de valor de “mejorar la salud de la población”, actividad desarrollada por medio del recurso de humano, como, por ejemplo, los médicos, así como la capacidad organizacional de la atención clínica, identificada en el eslabón de operaciones de la cadena de valor. Por lo tanto, son estos recursos y capacidades en donde reside la ventaja competitiva o brecha a fortalecer para que la actividad sea capaz de crear y entregar valor.

3.3. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

En los puntos anteriores de este capítulo, se ha desarrollado en forma extensa el análisis de los factores que tienen mayor relevancia para el centro de salud, tanto en el ambiente externo, como interno de la institución. Sin embargo, idear una estrategia para lograr la misión y visión declarada por el establecimiento requiere que el equipo directivo dirija su atención en aquellos factores claves que potencian su competitividad y que le permitan alcanzar oportunidades, así como identificar aquellos factores que debilitan su posición y que debe abordar con la finalidad de no afectar el logro de sus objetivos estratégicos. En este sentido, la literatura señala que: Centrarse en los asuntos estratégicos que enfrenta una empresa [organización] y compilar una “lista de preocupaciones” de problemas y obstáculos crea un plan estratégico de los problemas que merecen toda la atención de la administración (Thompson et al., 2012). Por lo tanto, para efectos de este análisis, se ha elaborado un listado de factores vistos dentro de este capítulo, los cuales se han agrupado como Potenciales Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas, y valorados, cada uno de ellos, según su incidencia en: “Alta”, “Media” o “Baja”, como se puede apreciar en las Tablas 7 y 8. Cada uno de estos factores contendrá una breve descripción, justificando la valoración asignada y, seguidamente, llevados a un análisis FODA Cuantitativo de aquellos factores con una incidencia “Alta” u otras que, a juicio del autor de este proyecto, influya en el desempeño institucional.

Tabla 7: Valoración de Factores Internos

	Componente	Factor	Valoración	Descripción
POTENCIALES FORTALEZAS	Recurso intangible. Imagen	Centro de referencia odontológica	Alta	Ofrece una ventaja desde el punto de vista de la imagen, ya que marca una calidad distintiva con respecto a los otros Cesfam de la provincia.
	Recurso tangible. Físico	Implementación del SAR	Alta	Contribuye en la resolutiveidad y disposición de equipamiento que mejora precisión en el diagnóstico.
	Recurso tangible. Organizacional	Disponibilidad de Infraestructura en TI	Baja	Cumple con estándares mínimos.
	Recurso intangible. Humano	Continuidad en el liderazgo directivo	Alta	Capacidad de liderazgo necesaria para impulsar cambios.
	Recurso intangible. Relaciones	Establecimiento vinculado con la docencia, a través de Campos Clínicos	Alta	Importante, pero no distintiva frente al resto de establecimientos. Sin embargo, se puede utilizar la reciproca colaboración en el diseño e implementación de iniciativas estratégicas.
	Recurso intangible. Relaciones	Buena relación con organizaciones gremiales	Media	Permite coordinar esfuerzos de alineamiento y disminuyendo resistencias para cambios.
	Recurso intangible. Imagen	Reconocimiento por trayectoria del establecimiento	Baja	Atributo que tiene poca relevancia ante lo que demanda el usuario.
	Recurso intangible. Imagen	Establecimiento dependiente del Servicio de Salud Concepción	Alta	Característica distintiva que ofrece oportunidades.
	Recurso tangible. Tecnológico	Implementación de Receta Electrónica	Media	Es parte de una gran cantidad de soluciones tecnológicas que se deben continuar explorando y desarrollando.
	Capacidad. Actividad de apoyo	Contar con soporte informático	Media	Desarrollo de aplicativos en el control de gestión, pero con atribuciones limitadas. Su foco está en brindar soporte tecnológico.

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

	Componente	Factor	Valoración	Descripción
POTENCIALES DEBILIDADES	Recursos tangibles. Físico	Infraestructura de construcción antigua	Media	Sin proyectos de normalización en el mediano plazo. No depende de una iniciativa que el establecimiento pueda impulsar.
	Recurso tangible. Tecnológico	Lento avance en introducción de TI	Media	Avance en la medida que lo hace el sector público en salud.
	Recurso tangible. Organizacional	Bajo nivel de desarrollo en control de gestión	Alta	Ausencia de información confiable y oportuna para la toma de decisiones.
	Recurso tangible. Organizacional	Estructura organizacional altamente jerarquizada	Alta	Director del establecimiento carente de atribuciones delegadas que fortalezcan su autonomía.
	Recurso intangible. Humano	Altos niveles de ausentismo y rotación de profesionales clínicos	Alta	Impactan en el trato al usuario y resolutivez en la atención.
	Recurso intangible. Imagen	Mala evaluación en encuesta de satisfacción nacional del usuario/a	Alta	El establecimiento cuenta con una de las más bajas evaluaciones a nivel nacional.

Tabla 7. (Continuación)

Tabla 8: Valoración de Factores Externos

	Componente	Factor	Valoración	Descripción
POTENCIALES OPORTUNIDADES	Macroentorno Político	Creación de incentivos que fortalezcan la entrada y retención de médicos	Alta	Contar con herramientas que permitan capturar y/o retener profesionales con escasa oferta.
	Macroentorno Político	Nuevos proyectos de APS para la comuna	Media	Proyectos que fortalecen a la APS, con algún impacto en el CVMF.
	Macroentorno Tecnológico	Disponibilidad de tecnología en apoyo al modelo de salud familiar y aumento de la resolutiveidad	Alta	Existencia de proyectos a nivel ministerial que pueden ser implementados a nivel de SSNS en sus establecimientos dependientes.
	Macroentorno Epidemiológico	Cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población	Alta	Características que hacen imprescindible contar y fortalecer la APS.
	Poder de negociación de los clientes	Bajo nivel de negociación de usuarios	Baja	Propio del sistema de salud público. No constituye una excepción.
POTENCIALES AMENAZAS	Macroentorno Político	Problemas estructurales de la salud pública	Alta	Afecta, entre otros, en la retención y captura de profesionales de la salud, como el recurso organizacional más importante del proceso productivo del sector.
	Macroentorno Político	Clima de desconfianza en las instituciones públicas	Media	No es una materia única a este establecimiento, sin embargo, se suma a la baja satisfacción del usuario del CVMF.
	Macroentorno Económico	Periodo de contracción económica	Alta	Posterga proyectos de mejora en infraestructura y aumenta los controles en el uso de recursos.
	Macroentorno Social	Población demandante con mayor acceso a información y empoderada en sus derechos	Alta	Complejiza la relación con el usuario, exigiéndose excelencia en las operaciones del establecimiento.
	Macroentorno Social	Cambio generacional de la fuerza laboral	Baja	Aún no es posible cuantificar su impacto como fenómeno laboral en el sector.

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

	Componente	Factor	Valoración	Descripción
POTENCIALES AMENAZAS	Macroentorno Tecnológico	Aumento constante de los costos en salud	Media	Importante, sin embargo, su impacto es mayor en niveles de atención secundaria y terciaria.
	Macroentorno Legal	Próximo vencimiento del plazo para la acreditación como prestador institucional	Alta	El no cumplimiento, deja al CVMF debajo de los estándares mínimos de calidad y amenaza la continuidad de algunas prestaciones AUGE.
	Macroentorno Ambiental	Aumento de enfermedades por contaminantes producto del uso de leña	Baja	Aún no es un tema de alerta en la región.
	Macroentorno Ambiental	Aumento de enfermedades producto del cambio climático	Baja	No hay evidencia a nivel local de incidencia en aumento o prevalencia de enfermedades.

Tabla 8. (Continuación)

3.4. Análisis FODA Cuantitativo al CVMF

El análisis estratégico desarrollado en el capítulo, arroja de manera aislada oportunidades y amenazas desde la mirada externa y, a su vez, fortalezas y debilidades desde un enfoque interno. Esta dispersión del análisis adquiere una mayor utilidad cuando la información es analizada en forma relacional entre; cómo aspectos externos pueden afectar en mis debilidades, o bien, cómo las fortalezas no son suficientes para aprovechar un aspecto externo.

“Un análisis externo e interno realizado correctamente genera una gran cantidad de información para el equipo de gestión, pero muchas veces puede ser confuso cuando se lo examina en su totalidad. La tabla FODA resume estas condiciones en una lista breve que lleva ayuda al equipo ejecutivo a comprender los temas clave que la organización debe considerar cuando formula su estrategia” (Kaplan y Norton, 2010)

El FODA es una de las herramientas más potentes del análisis estratégico, ya que permite confrontar en una sola matriz las principales Oportunidades y Amenazas del ambiente externo con las Fortalezas y Debilidades identificadas en el análisis interno. Todo ello permite a la organización definir sus ventajas competitivas frente al entorno o desarrollo de un proyecto, con el objeto de definir una propuesta de valor atractiva y una estrategia que le de sustentabilidad.

Con la finalidad de simplificar este análisis, se ha desarrollado una matriz FODA Cuantitativa como el que muestra la Tabla 9. Esta matriz es una herramienta que permite ponderar en forma cuantitativa los factores endógenos enfrentados a los factores exógenos identificados y considerados como los más relevantes del análisis estratégico. Para ello se ha ponderado cada uno de los elementos en base a una escala de *Likert* que va de 1 a 7.

El promedio de esta confrontación permite identificar, por ejemplo, qué fortaleza es la más importante a la hora de enfrentar las oportunidades identificadas y, mirando desde las oportunidades, conocer qué oportunidad es más factible de realizar de acuerdo con las fortalezas que el Cefam dispone. Lo anterior, se desarrolla por cada uno de los cuadrantes obteniendo, en forma objetiva, qué fortalezas y debilidades son las más importantes y qué oportunidades son las de mayor factibilidad de logro para la organización (Cancino, 2012).

Una vez confrontados los factores internos y externos, y conocidos los promedios más altos, por cada uno de los cuadrantes, vistos en forma horizontal (intrínseco) y vertical (extrínseco), se realiza el examen de cada cuadrante, de los cuales han surgido una serie de estrategias que responden al *qué hacer* una vez reconocidos los factores que dan mayor fortaleza institucional para tomar ventaja de oportunidades, y qué factores pudieran poner en peligro este propósito.

Tabla 9: FODA Cuantitativo al Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández

		O.1	O.2	O.3	O.4	PROMEDIO	A.1	A.2	A.3	A.4	PROMEDIO
		Creación de incentivos entrada y retención de médicos	Nuevos proyectos de APS para la comuna	Disponibilidad de tecnología	Cambio del perfil demográfico y epidemiológico		Problemas estructurales de la salud pública	Periodo de contracción económica	Población con mayor acceso a información	Vencimiento del plazo para la acreditación	
F.1	Centro de referencia odontológica	4,0	4,0	5,0	2,0	3,8	5,0	3,0	4,0	5,0	4,3
F.2	Entrada en operaciones de un SAPU/SAR	2,0	5,5	6,0	5,0	4,6	3,0	2,0	2,0	3,0	2,5
F.3	Continuidad en el liderazgo directivo	3,0	6,0	6,0	4,0	4,8	4,0	2,0	3,0	6,0	3,8
F.4	Establecimiento vinculado con la docencia	1,0	2,0	6,0	5,0	3,5	3,0	4,0	2,0	2,0	2,8
F.5	Dependiente del SSC	3,0	7,0	7,0	3,0	5,0	5,0	6,0	2,0	6,0	4,8
	PROMEDIO	2,6	4,9	6,0	3,8		4,0	3,4	2,6	4,4	
D.1	Bajo nivel de desarrollo en control de gestión	2,0	5,0	5,0	6,0	4,5	3,0	4,0	5,0	6,0	4,5
D.2	Estructura organizacional altamente jerarquizada	2,0	5,0	4,0	3,0	3,5	2,0	5,0	3,0	3,0	3,3
D.3	Altos niveles de ausentismo y rotación de profesionales	3,0	5,0	3,0	5,0	4,0	2,0	4,0	4,0	5,0	3,8
D.4	Mala evaluación en encuesta de satisfacción	4,0	5,0	5,0	6,0	5,0	4,0	3,0	7,0	6,0	5,0
	PROMEDIO	2,8	5,0	4,3	5,0		2,8	4,0	4,8	5,0	

Fuente: Elaboración propia.

❖ *Primer Cuadrante: Fortalezas versus Oportunidades*

De acuerdo con la metodología presentada por Cancino (2012), para este cuadrante, se debe preguntar cómo una fortaleza permite aprovechar una oportunidad. En la escala, la evaluación 7 indica que esta fortaleza sí permite tomar ventaja de esa oportunidad. En caso contrario, si la evaluación es 1, significa que esa fortaleza no permite beneficiarse de esa oportunidad.

Al examinar este cuadrante, contrastando los aspectos intrínsecos más importantes en contraposición a las materias externas disponibles, se logra apreciar que la condición de establecimiento dependiente del Servicio de Salud Concepción (5,0) o, dicho de otra forma, no ser dependiente de la municipalidad, le otorga la fortaleza más importante al CVMF para lograr tomar ventajas competitivas en oportunidades como: La factibilidad de alcanzar mayor tecnología (6,0) y Nuevos proyectos para la APS (4,9). Esto se debe a la “facilidad” de acceder a los referentes del Minsal por medio del SSC, oportunidades que, en ambos casos, aumentarían la resolutivez del establecimiento.

En segundo orden, se encuentra la fortaleza del Liderazgo Directivo (4,8), la cual resulta virtuosa al combinarla con la condición de establecimiento dependiente del SSC. Por último, la entrada en operaciones del SAR (4,6) le aporta elementos diferenciadores que pueden aumentar la resolutivez de sus prestaciones. Tomando en consideración el resultado de este cuadrante, es posible visualizar las siguientes estrategias de mediano y largo plazo:

a) Posicionarse como establecimiento experimental en innovación para la APS.

Establecer en conjunto con la dirección del SSC una vigilancia estratégica de tecnologías en salud primaria y secundaria odontológica (información y equipamiento) que permitan empoderar al CVMF en ser un centro experimental que contribuya con la innovación en técnicas que permitan aumentar la resolutivez y mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

b) Desarrollar una asociación clave con el Hospital Base.

Existe una relación virtuosa entre el Hospital Guillermo Grant Benavente y el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández, ya que el Cesfam es un “pulmón” que contribuye a descongestionar la urgencia del hospital, como se pudo apreciar en la Tabla 6, cuando este es más resolutivez. Por otra parte, el Cesfam puede trabajar en coordinación con el Hospital en el desarrollo de tratamientos de telemedicina y en otros proyectos de información que le permitan acceder a una red de comunicación integrada que puede ser beneficiosa para ambas unidades estratégicas.

c) Validarse como un establecimiento líder operacionalmente.

Para que el establecimiento alcance alianzas estratégicas como las descritas anteriormente, es necesario que impulse mejoras internas que le permitan posicionarse en la red asistencial, como un cesfam de excelencia a nivel operacional y no solo como un establecimiento que no depende de la municipalidad. Para ello debe diseñar y ejecutar una programación efectiva, que contemple los compromisos ministeriales a través de los convenios e ir midiendo su avance hasta el logro óptimo de resultados.

❖ **Segundo Cuadrante: Fortalezas versus Amenazas**

Para el análisis de este cuadrante, se debe preguntar cómo una fortaleza permite enfrentar una amenaza. De esta forma, se puede observar, al igual que el cuadrante anterior, que ser parte del *staff* de establecimientos de dependencia directa del SSC (4,8) permite al CVMF enfrentar con mayor “tranquilidad”, todas las amenazas identificadas como relevantes. De igual forma, le siguen las fortalezas como centro de referencia odontológica (4,3) y el liderazgo directivo (3,8).

Desde la mirada vertical de la tabla de las amenazas, existe una de ellas que obtiene la menor puntuación promedio, es decir, que ninguna de las fortalezas es lo suficientemente disuasiva para “protegerse” de ella, se trata de la población demandante con mayor acceso a información y empoderada en sus derechos (2,6). La razón de ello, obedece a un fenómeno social que trasciende al espectro de la salud y tiene que ver con aspectos múltiples como la falta de educación, sobre-expectativas generadas por políticas públicas mal implementadas, desconfianza en las instituciones públicas y desprestigio de la política. En consecuencia, con el análisis que entrega este cuadrante, sobre el *qué* debe hacer el CVMF, se propone desarrollar las siguientes estrategias:

a) Iniciar proceso de cambio cultural y búsqueda de identidad.

Como se señaló durante el análisis interno, el centro de salud no cuenta con una identidad predominante, sino más bien diferentes subculturas en grupos de funcionarios dependientes de una determinada unidad operacional, profesional o gremial. Por lo tanto, existe la necesidad que el equipo directivo defina las iniciativas que sean conducentes con este propósito, con la finalidad que el usuario la reconozca y se sienta el centro de la preocupación de la institución. Además, y tan importante como lo anterior, una cultura orientada al usuario permite establecer normas internas de cómo el establecimiento dará cumplimiento a sus objetivos a través de sus funcionarios.

❖ *Tercer Cuadrante: Debilidades versus Oportunidades*

Para este cuadrante se debe reflexionar en cómo una debilidad no permite tomar ventaja de una oportunidad. En primer término, la debilidad que, en estos momentos, más conflictos genera y que mayor incidencia tiene en evitar aprovechar las oportunidades es la mala evaluación en los resultados obtenidos por las encuestas de satisfacción (5,0). Esta situación afecta en la imagen del establecimiento, siendo un recurso intangible que es considerado por los grupos de interés que tienen influencia en aproximar o alejar las oportunidades.

En segundo orden se encuentra el bajo nivel de desarrollo en control de la gestión (4,5), lo que, en términos operativos, sin considerar lo estratégico, impide sacar ventaja de oportunidades vistas como el cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población, ya que dificulta la obtención de información confiable y oportuna que permita proyectar la oferta de servicios y tomar decisiones fundadas. Por otra parte, oportunidades como las asociadas a nuevos proyectos en la APS (5,0) y alcanzar nuevas tecnologías (5,0) se ven afectadas por esta debilidad, ya que la falta de información no permite tener una “actitud” proactiva por parte del equipo directivo ante un entorno con oportunidades. Por último, la debilidad de controles en la gestión complejiza la operatividad en la medida que el establecimiento crece en infraestructura y población demandante. Por lo tanto, tomando en consideración lo descrito anteriormente, es factible proponer las siguientes acciones:

a) Gestionar el capital humano mediante el modelo de competencias.

Aunque las causas que explican una percepción deficiente del servicio, por parte de los usuarios, pueden ser variadas, una gestión adecuada de las personas mediante la identificación y desarrollo de competencias permite al establecimiento orientar los recursos destinados a capacitar con un enfoque en la disminución de brechas detectadas, de manera que se incremente el valor entregado a los usuarios. Por otra parte, el modelo permite seleccionar y destinar funciones a las personas de acuerdo con el nivel de competencias que estas tengan, ya sea en el contacto directo o indirecto con los usuarios.

b) Desarrollar un sistema de información para la gestión.

El centro de salud, debe traducir su misión y visión en objetivos estratégicos que le permitan medir el desempeño de la organización, por medio del resultado de indicadores, cuantificando la brecha necesaria y las iniciativas de mejora que permitan ir cumpliendo las metas propuestas. Las decisiones que toma el equipo directivo deben ir respaldadas por la más completa, oportuna y confiable información disponible de la gestión institucional, de lo contrario se están dirigiendo los destinos “a ciegas”, con determinaciones basadas en suposiciones o la intuición. En este sentido, una de las frases más asertivas y que resumen lo expuesto, es del autor Harrington (1991), quien señala que: *“No se puede gestionar lo que no se puede medir”*

❖ *Cuarto Cuadrante: Debilidades versus Amenazas*

Al igual que en el cuadrante anterior, los bajos resultados de la encuesta de satisfacción (5,0) y el escaso nivel de desarrollo en control de gestión (4,5), son las debilidades candidatas a activar amenazas, principalmente aquellas relacionadas con la atención de usuarios más empoderados en sus derechos y la obligación de ser una institución acreditada ante la superintendencia.

Al observar la mayor debilidad (Mala evaluación en encuestas de satisfacción usuaria) y la principal fortaleza (Establecimiento dependiente del SSC) que tiene el CVMF, según el resultado del FODA Cuantitativo, se puede aventurar que, de continuar frente a resultados globales negativos de las encuestas de satisfacción usuaria y acreditación institucional, pudiera determinar que “*nadie quiera bailar con la fea de la fiesta*”, es decir, que la mayor fortaleza se pueda terminar convirtiéndose en su peor debilidad.

Considerando, en este cuadrante, que la amenaza con mayor peligro de activarse es el próximo vencimiento del plazo para la acreditación de instituciones de atención abierta (5,0) por parte de la Superintendencia de Salud, se puede proponer lo siguiente:

a) Impulsar proyectos orientados hacia la excelencia en la atención.

Actualmente, son pocos los Cesfam, y en general los establecimientos públicos de atención primaria, que han logrado la acreditación en calidad que exige la Superintendencia. Quienes la han obtenido, son principalmente establecimientos nuevos o quienes han estado en proceso de normalización. Por lo tanto, el CVMF tiene un potencial de diferenciación, que debiera impactar en la confianza y satisfacción de sus usuarios, pero, además, en la validación que este establecimiento puede obtener ante el SSC.

Capítulo IV: Formulación de la Estrategia

De acuerdo con la información obtenida del análisis estratégico, corresponde en este capítulo desarrollar la estrategia que el centro de salud debiera considerar en los próximos años. Lo anterior, incluye establecer la propuesta de valor que la institución declarará con la finalidad de alcanzar la visión propuesta en conjunto con el alineamiento organizacional.

Porter (2011), uno de los autores más reconocidos en el ámbito de la estrategia empresarial, lo explica señalando que: “La estrategia competitiva consiste en ser diferente. Significa la selección deliberada de un conjunto de actividades distintas para entregar una mezcla única de valor” (pág. 103).

Los dos factores que más distinguen una estrategia competitiva de otra se reducen a: si el objetivo comercial es amplio o estrecho, y si la compañía persigue una ventaja competitiva vinculada a costos bajos o diferenciación de producto [servicio]. (Thompson et al., 2012)

4.1. Definiendo la estrategia del CVMF

Considerando el análisis que ha entregado el FODA y “*lo que debe hacer*” el establecimiento, según la confrontación de los cuadrantes, lleva a la conclusión que su objetivo corresponde a un mercado amplio de usuarios, de todas las edades y condiciones de salud, y que debiera optar por aquellas ventajas que lo diferencian del resto de establecimientos de su sector. En ese sentido, de acuerdo con las opciones que entrega el análisis estratégico, la estrategia genérica que debiera emprender la institución es la de **Diferenciación**. Esta estrategia pretende, según la literatura, “diferenciar el producto [servicio] del de los rivales y llegar a un espectro más amplio de clientes”. Definición que corresponde a una adaptación de una clasificación más pequeña de tres estrategias del libro de Michael E. Porter citado por Thompson et al. (2012). Como se ha señalado en el capítulo introductorio, el centro de salud cuenta con recursos organizacionales que lo hacen diferente al resto de los establecimientos APS de la comuna. Sin embargo, la estrategia de diferenciación propuesta, apunta a consolidar esas condicionantes naturales en resultados concretos como lo es mejorar la salud de la población brindando soluciones efectivas que eleven los indicadores de resolutivez y de control de pacientes crónicos. Por otra parte, la introducción de metodologías de planificación estratégica y sistemas de control introducen una serie de iniciativas que marcan una diferencia en cómo el establecimiento gestiona el cumplimiento de sus objetivos. A su vez la estrategia, debe conducir al Cesfam a cerrar ciertas brechas identificadas como son: la mala evaluación en trato al usuario y la necesidad de acreditar al establecimiento ante los organismos reguladores.

A pesar que los enfoques estratégicos conocidos en la literatura están orientados a la competencia empresarial, es decir, con una finalidad de alcanzar mayores rentabilidades del negocio. Se intenta a lo largo de este capítulo, adaptar la estrategia a una organización pública como el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández.

4.2. Desarrollo de la Propuesta de Valor

Como se ha descrito anteriormente, el CVMF actualmente no cuenta con una planificación estratégica declarada. Por lo tanto, siguiendo con la tesis de desarrollar una estrategia diferenciadora amplia, se puede resumir que, entre las acciones alcanzables por la institución, de acuerdo con las ventajas visualizadas en el análisis FODA, dentro del horizonte de tiempo de tres años están lograr:

- Posicionarse como establecimiento experimental en innovación para la APS.
- Desarrollar una asociación clave con el Hospital Base.
- Validarse como un establecimiento líder operacionalmente.
- Iniciar proceso de cambio cultural y búsqueda de identidad.
- Gestionar el capital humano mediante el modelo de competencias.
- Desarrollar un sistema de información para la gestión.
- Impulsar proyectos orientados hacia la excelencia en la atención.

Para el desarrollo de la propuesta de valor, el establecimiento debe tener conciencia de qué atributos son los que el usuario valora del servicio que le brinda y qué es lo que espera recibir. Estos atributos, más el conocimiento de aquello que el establecimiento está en condiciones de satisfacer, permite proponer la siguiente propuesta de valor:

“Ponemos a disposición de nuestros usuarios el máximo esfuerzo de nuestro equipo en dar soluciones efectivas a sus problemas de salud, entregándoles la mejor experiencia de servicio, con prestaciones seguras y una atención con un trato respetuoso y empático que fomente una relación de confianza y cercanía”.

4.2.1. Identificación de atributos de la propuesta de valor

De acuerdo con la propuesta de valor definida, se destacan tres atributos, los cuales son: “Buen trato”, “Prestaciones seguras” y “Soluciones efectivas”, esta última, se considera un atributo clave dentro de la propuesta y estrategia que el establecimiento puede llevar adelante. A continuación, se profundiza en cada uno de estos atributos:

❖ *Atributo clave: “Soluciones Efectivas”*

Este atributo, considerado como clave, dice relación con la capacidad que tiene el establecimiento de brindar solución a los problemas de salud de los usuarios en etapas tempranas, evitando de esta forma la derivación a niveles secundarios o terciarios. Apunta directamente en la satisfacción de los usuarios al ver resuelto y/o controlado su problema de salud, basado en un diagnóstico y tratamiento temprano, evitando ser derivado a largas listas de espera en el nivel secundario para obtener un diagnóstico.

Según información publicada por el DEIS del SSC²⁷, al 30 de noviembre de 2017, la lista de espera del Cesfam alcanza 18.490 atenciones, de las cuales, 17.304 (93%) corresponden a especialidades odontológicas de segundo nivel; 1.124 (6%) corresponden a Oftalmología; y 62 (1%) a Otorrinolaringología.

Por otra parte, este atributo es muy valorado por el articulador de redes asistenciales, ya que contribuye a descongestionar el sistema de salud frente a una escasa dotación de médicos y el alto costo de tratar enfermedades complejas y avanzadas.

❖ *Atributo: “Prestaciones Seguras”*

Este atributo se refiere a los protocolos de atención clínica que deben tener las prestaciones de salud minimizando los riesgos de ocurrencia de eventos adversos, entregando al usuario la confianza de obtener una atención de calidad, sin errores. Lo anterior apunta a la calidad y mejora continua de esta, situación que además es exigida por la Superintendencia de Salud, tanto para establecimientos públicos como privados.

❖ *Atributo: “Buen Trato”*

Se refiere a la percepción que los usuarios tienen del servicio, lo cual, debiera considerar aspectos como: la empatía, el respeto y una completa información al paciente. Este atributo va dirigido a entregar satisfacción al usuario, al proporcionar fidelización con el control y tratamiento de su enfermedad.

4.2.2. Relación de los atributos de la Propuesta de Valor con los valores institucionales

El vínculo que se desea establecer tiene como propósito converger los atributos, es decir, aquello que se promete entregar a los usuarios, con los valores esenciales que el centro de salud declara como las normas morales que deben gobernar la forma en cómo se desarrollan las funciones que llevarán a dar cumplimiento a la propuesta de valor. Es este sentido, a continuación, se describe la relación existente entre ellos:

- Compromiso + Empatía → Soluciones Efectivas

El compromiso exige que los funcionarios comprendan su rol dentro del sistema de salud y la importancia de implementar el modelo como está definido desde el articulador de redes. Por lo tanto, son conscientes del impacto positivo que genera ser resolutivos, entregando solución a los problemas de salud de sus usuarios. Por otra parte, la empatía es la que debería motivar a que las acciones sean realizadas con la máxima diligencia.

²⁷ Información obtenida como archivo descargable de la página web del Servicio de Salud Concepción, denominado: “Listas de espera noviembre 2017”. URL: http://deis.ssconcepcion.cl:8080/?page_id=1272.

- Compromiso + Conocimiento → Seguridad

La seguridad está medida en términos de la percepción del usuario y de la ausencia de errores en las prestaciones de salud que implican procedimientos e indicación de tratamiento. Por lo tanto, un equipo de salud cuyo valor central es el compromiso y el conocimiento debiera propender a asimilar de mejor forma la implementación de protocolos clínicos que estandaricen actividades clave dentro de los procesos de salud y que eviten la ocurrencia de errores no deseados que puedan afectar la salud del paciente.

- Respeto + Empatía → Buen Trato

El respeto y empatía son condicionantes que exige el modelo de salud, el cual se centra en las personas y su entorno, exigiendo entregar un trato digno, por lo que se requiere tener incorporados estos valores en todo acto.

4.2.3. Relación de los atributos de la Propuesta de Valor con el Análisis FODA

Esta relación tiene por objeto validar la propuesta de valor, vinculando los atributos con cada uno de los cuadrantes del FODA desarrollado en el capítulo anterior. Para ello la Tabla 10, muestra una matriz de relaciones.

Tabla 10: *Matriz de relación entre los atributos y el FODA*

	Oportunidades	Amenazas	Fortalezas	Debilidades
Soluciones Efectivas	Este atributo es la esencia de las oportunidades O2-O3-O4, ya que apuntan a este objetivo.	Existen problemas estructurales (A1) que pudieran atentar contra este atributo, ya que la falta de médicos o profesionales de salud como matronas y nutricionistas impiden dar la cobertura necesaria.	La Fortaleza F2 y F5 tienen directa incidencia en lograr este atributo.	D4, D1 y D3 atentan contra este atributo.

Fuente: Elaboración propia (*Continúa en la página siguiente*)

	Oportunidades	Amenazas	Fortalezas	Debilidades
Prestaciones Seguras	Tiene influencia en la O2, ya que se deben impulsar proyectos que impacten en la calidad de la atención, sobre todo en infraestructura.	Se relaciona con la A4, plazo para la acreditación, por lo tanto, es un atributo que apremia fomentar. Relacionado a ello, está la entrada en operaciones del nuevo servicio de urgencia de alta resolutivez (SAR), en el cual, se realicen un gran número de procedimientos (toma de exámenes, curaciones, tratamiento intravenoso, etc.)	La fortaleza F3 debiera facilitar el proceso de cambio hacia la acreditación e incorporación de la calidad y mejora continua en los procesos internos del establecimiento.	Tanto la D4 como D1 inciden en el logro de este atributo, ya que ambos apuntan a la calidad.
Buen Trato	Le impacta a la O4, ya que apunta a uno de los valores requeridos en el modelo de salud familiar.	La población con mayor empoderamiento (A3) es una amenaza que podría influir en este atributo, ya que las relaciones de confianza y cercanía se fomentan con el tiempo.	La fortaleza F3 de liderazgo es determinante para impulsar procesos de cambio en el comportamiento, a través de herramientas de control de gestión. Así como, la fortaleza F4, ya que da posibilidades que alumnos internos de salud apoyen la labor de terreno y con organizaciones comunitarias.	D4 atenta contra este atributo, por lo tanto, es necesario trabajar en iniciativas que permitan mejorar esta percepción. Por otra parte, D3 influye indirectamente en este atributo, en cuanto al acceso y oportunidad de la atención, generando rechazo de atención o tiempos de espera que no agregan valor aumentando la insatisfacción de los usuarios.

Tabla 10: (Continuación)

Capítulo V: Modelo de Negocio

En la literatura, existen diversas visiones acerca del significado de un modelo de negocio, sin embargo, existe convergencia general en que, el modelo de negocio, se refiere a la forma en la que la empresa lleva a cabo su negocio. Algunos, como Ricart (2009), denominan al modelo de negocio como “el eslabón perdido de la dirección estratégica”, es decir:

... ya que busca conectar elecciones estratégicas [compensaciones, inversiones, localizaciones de planta, etc.] y consecuencias [generación de recursos y capacidades] permitiéndonos integrar en un solo elemento los aspectos de posicionamiento y sostenibilidad dando una visión a la vez realista y dinámica del desarrollo de las ventajas competitivas. (...) Finalmente, el modelo de negocio aporta una conexión natural entre la formulación y la implantación de la estrategia. Esta separación tan poco natural entre el pensar y el hacer desaparece cuando uno utiliza el modelo de negocio como reflejo y proyección de la estrategia.

Uno de los instrumentos para diseñar modelos de negocio más influyentes en el mundo, es el Canvas, propuesto por los autores Osterwalder y Pigneur (2010), quienes puntualizan que: “un modelo de negocio describe las bases sobre las que una empresa [organización] crea, proporciona y capta valor”. La metodología propuesta por estos autores se utiliza para definir un modelo de negocio existente o crear uno nuevo. Como su nombre lo dice, el Canvas supone un “lienzo” sobre el cual están distribuidos nueve módulos que proporcionan las bases con las cuales una organización desarrolla un modelo de negocio.

5.1. Descripción y análisis de cada uno de los módulos del Canvas

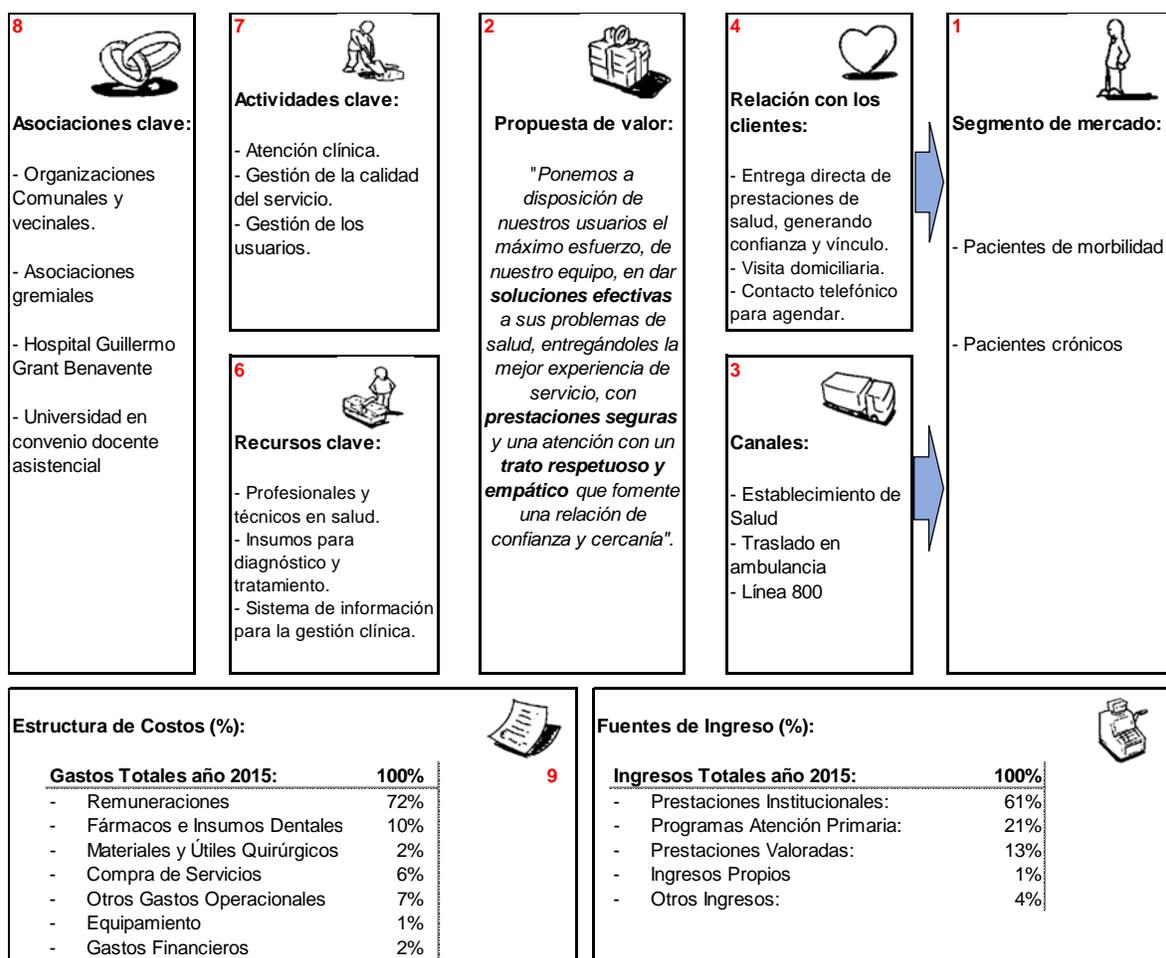
Tomando como referencia, las definiciones del apartado anterior, la Ilustración 16 muestra el desarrollo del modelo Canvas adaptado al modelo de negocio que actualmente implementa el centro de salud. A partir del diseño de esta herramienta, se llevará a cabo, en este apartado, la descripción y análisis de cada uno de los módulos que conforman el lienzo.

1) Segmentos de mercado:

En términos generales el Cesfam entrega prestaciones para personas enfermas y, en menor medida, a personas sanas mediante acciones de promoción o mediante acciones preventivas a personas con factores de riesgo que pudieran empeorar su condición de salud. En ese orden de prioridades, se clasificó a la población con los siguientes segmentos considerados clave:

- Pacientes de morbilidad.
Corresponde al segmento de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

Ilustración 16: Modelo de Negocios del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández



Fuente: Elaboración propia con aporte de datos extraídos de la Ejecución Presupuestaria del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández correspondiente al año 2015.

- **Pacientes Crónicos.**

Corresponde a aquellas personas que padecen enfermedades de mayor prevalencia²⁸, se encuentran en este segmento pacientes con Diabetes Mellitus T2, Hipertensos, etc. La programación anual de actividades tiene como prioridad agendar anualmente a estos pacientes, con la finalidad de mantenerlos compensados con un tratamiento actualizado, según la evolución de la enfermedad.

²⁸ La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/prevalencia/>

La propuesta de valor está direccionada fundamentalmente a los pacientes, es decir, aquel segmento de personas que no están sanas (pacientes crónicos y de morbilidad). Sin embargo, el atributo de “buen trato” es transversal en lograr una relación de confianza con las personas que faciliten el trabajo preventivo del equipo de salud con la comunidad.

2) Propuesta de valor:

Se ha definido para el Cesfam la siguiente propuesta de valor: *“Ponemos a disposición de nuestros usuarios el máximo esfuerzo de nuestro equipo en dar soluciones efectivas a sus problemas de salud, entregándoles la mejor experiencia de servicio, con prestaciones seguras y una atención con un trato respetuoso y empático que fomente una relación de confianza y cercanía”*, en la cual, los atributos de la propuesta son: “Soluciones efectivas” (atributo clave); “Prestaciones seguras”; y “Buen trato”. El capítulo 4 de este informe, profundiza en el diseño y descripción de los atributos de la propuesta de valor.

3) Canales:

Se identificaron dos canales de distribución del servicio, estos son: el establecimiento de salud y los traslados que realiza la ambulancia al hospital base para pacientes con síntomas que requieren atención de mayor complejidad. Dentro de esta, los pacientes reciben atención médica de emergencia cuando se requiere de una intervención inmediata de supervivencia por parte del personal que asiste al lugar. Por último, se identificó un canal de comunicación a través de la línea 800 para el agendamiento de horas médicas de pacientes inscritos en el centro de salud.

4) Relación con los clientes (usuarios):

Principalmente, las prestaciones se realizan en forma directa en el box clínico del establecimiento. De forma presencial, existe también una relación con los usuarios mediante las visitas realizadas en el domicilio del paciente. Aquí, cada equipo tiene programada la visita a pacientes postrados, momento en el cual, se generan vínculos con él o ella y la familia, a quienes se les capacita y se les entrega asistencia social y psicológica, en aquellos casos de mayor gravedad y vulnerabilidad social. Por último, y en menor medida, se encuentra el contacto telefónico que el usuario realiza con la finalidad de agendar horas médicas. Sin embargo, la principal relación que el Cesfam ha establecido con sus usuarios es de tipo presencial, aquel que se desarrolla en el establecimiento de salud, ya sea con pacientes en control o bien aquellos cuya demanda es espontánea. Esta relación, más allá de ser la forma predominante en la cual se entrega el servicio en la industria de la salud, tiene como finalidad fomentar una relación de confianza con el usuario, apostando a su fidelización, pero no en el sentido de aumentar la frecuencia de su demanda sino, más bien, pensando en una fidelización con el tratamiento que incluye medicamentos, controles periódicos y el autocuidado.

5) Fuente de Ingresos:

El Cesfam, tiene como principal fuente de financiamiento las transferencias que realiza el Servicio de Salud Concepción. Estas alcanzan, según información de la cuenta pública del 2015, un 95% del total de los ingresos anuales. Salvo el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), las transferencias están sujetas al cumplimiento de indicadores suscritos en convenios firmados entre el director del CVMF y el SSC.

6) Recursos:

Los principales recursos que contribuyen a la propuesta de valor que el Cesfam tiene identificada en el proyecto corresponden a:

- Profesionales y Técnicos en salud.

El Cesfam, es una institución que entrega servicios de salud, intensiva en el recurso intelectual, por lo que requiere contar con personas con las competencias necesarias, comprometido y capacitado en entregar soluciones de salud efectivas y seguras. En este contexto, un equipo médico comprometido y experimentado, representa un pilar fundamental en mejorar la salud de las personas mediante un diagnóstico certero e integral. La cadena la complementan los profesionales no médicos, quienes tienen la responsabilidad de controlar la salud de los usuarios en forma integral, manteniendo compensados a los pacientes. Por último, los técnicos en salud son quienes ejecutan los distintos procedimientos, cuyas competencias adecuadas propician un servicio de calidad y de buen trato.

- Insumos para diagnóstico y tratamiento.

Entre los insumos para el diagnóstico se encuentra el equipamiento tecnológico para la salud. En cuanto al tratamiento, son fundamentales los medicamentos e insumos clínicos. La plena disponibilidad de estos insumos, permite fortalecer la capacidad de los profesionales de entregar soluciones efectivas a los problemas de salud de los usuarios.

- Sistema de información para la gestión clínica.

El establecimiento actualmente cuenta con seguimiento a los indicadores programáticos y los relacionados a convenios, sin embargo, es una herramienta manual rudimentaria que no cuenta con información oportuna y de calidad que permita la toma de decisiones. Por lo tanto, se requiere desarrollar un sistema de control operacional estandarizado que asegure contar con información permanente, conocido por los líderes de las unidades y fidedigna para tomar posiciones fundadas en cuanto a la programación, control de los estándares de calidad, promoviendo la mejora continua.

Por último, debe contar con un sistema de información estratégica, con la finalidad de tener un seguimiento periódico al cumplimiento de objetivos estratégicos que permitan consumir la misión y alcanzar la visión que la institución declara.

7) Actividades clave:

Se ha identificado prácticamente toda la cadena de valor como actividades que contribuyen al logro de los atributos comprometidos en la propuesta de valor, entre ellas están:

- Atención Clínica.

Esta se inicia en base a una programación de actividades de salud anual del establecimiento, la que debe ser aprobada por el SSC. Está construida, a partir de los lineamientos que entrega el Minsal, materializado a través de los convenios, y la información que el establecimiento posee de sus usuarios. Está relacionado con dar soluciones efectivas, es decir, que una programación bien gestionada, debiera propender a resolver los problemas de salud de la comunidad que el establecimiento tiene como jurisdicción.

Desde la mirada financiera, el dar cumplimiento a la programación anual, permite al Cesfam asegurar una fuente de ingresos permanente de sus actividades. A su vez, la prestación médica debe ir orientada a elevar la resolutivez, contribuyendo al atributo de entregar soluciones efectivas.

Cerrando la actividad de atención clínica, está el gestionar las indicaciones médicas, correspondiente a la coordinación y ejecución de las acciones médicas que entrega el facultativo. Estas acciones pueden ser: un estudio de laboratorio, imagen, procedimiento, interconsulta, receta de medicamentos, etc. Por lo tanto, corresponde en esta etapa del macroproceso de atención, brindar toda la agilidad he información al paciente, basados en un trato respetuoso y empático con el usuario que lo invite a adherir las indicaciones y/o tratamiento para su bienestar.

- Gestión de la Calidad.

Esta actividad está enmarcada dentro de las acreditaciones que el Cesfam debe realizar, en primer lugar, ante la Secretaría Regional Ministerial y, en segundo orden, ante la Superintendencia de Salud como prestador institucional de atención abierta.

La actividad tiene como principal objetivo, evitar la ocurrencia de eventos adversos, implementando la estandarización en los procesos clínicos y vigilar que estos sean realizados por las personas que las practican, mediante el control y la permanente capacitación. Por lo tanto, se pueden dimensionar dos enfoques, el primero de ellos, disminuir riesgos en los procedimientos realizados a pacientes por indicación médica, los cuales, pueden ir desde la dispensación de fármacos, hasta una cirugía menor a un pie diabético, entre otros. En segundo lugar, entregar un servicio de calidad al usuario, con plena información y respeto a su dignidad.

En consecuencia, un desempeño deficiente de esta actividad clave tiene asociado un riesgo reputacional y, lo que puede ser peor, el agravamiento del estado de salud de un paciente.

- **Gestión de los Usuarios.**

Esta es una de las actividades que resulta el eje central en el modelo de salud familiar, ya que coloca a la persona en centro de las acciones de salud, viéndolo como un ser interdependiente de su familia y la comunidad. El centro de salud, dentro del modelo de salud familiar, debe establecer como primer paso el mejorar la percepción que el usuario tiene del trato que se les da, con la finalidad de influir en sus tratamientos, aumentando la adherencia y promoviendo que los usuarios participen de una forma más activa en el cuidado de su salud, lo que en el sector de la salud se denomina “autocuidado”.

8) Asociaciones:

Como asociaciones clave se identificaron algunos grupos de interés como: Las organizaciones vecinales, por intermedio de sus dirigentes, quienes facilitan las actividades de promoción y prevención que los equipos de salud entregan a la comunidad. También se encuentran las asociaciones gremiales, quienes son influyentes en difundir y alinear a los funcionarios afiliados con los lineamientos que el establecimiento defina. Otra asociación clave es la que se puede lograr con el hospital base, el cual, es uno de los establecimientos del nivel terciario de mayor complejidad en el país y que se beneficiaría de la mayor resolutivez del Cesfam, descongestionando su urgencia y demanda de pacientes derivados. Por último, están las universidades relacionadas mediante el convenio docente asistencial, quienes colaboran en la atención de pacientes, inclusive con especialidades, a través de la formación de algunos becados. Además, esta asociación puede generar otros beneficios para la institución como, por ejemplo, la incorporación de tecnología o nuevas técnicas en cuanto a prestaciones de salud que contribuyan a brindar soluciones efectivas a los usuarios.

9) Estructura de Costos:

En cuanto al gasto, se puede apreciar en la Ilustración 15, que los mayores costos operacionales están en las remuneraciones, con un 73% de participación sobre el total. Por otra parte, el gasto en fármacos e insumos clínicos y prestaciones médicas al extra sistema, representan un costo directo del 17% sobre el total del gasto anual.

5.2. Descripción y análisis de cada uno de los elementos del Canvas

En este apartado, se describe la relación que tiene cada uno de los módulos del modelo de negocio, descritos en el lienzo, con los atributos de la propuesta de valor, determinando si existe una convergencia entre el modelo actual y la promesa que el Cesfam les entrega a sus usuarios. Para ello se ha diseñado una matriz que contrapone cada uno de los elementos, describiendo la relación existente, la cual se puede apreciar, a continuación, en la Tabla 11.

Tabla 11: *Matriz de relaciones entre el Modelo de Negocio y la Propuesta de Valor*

Elementos	Soluciones Efectivas	Prestaciones seguras	Buen trato
 Recursos Clave	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso Humano, capacitado para aumentar su capacidad diagnóstica. - Sistema de información operacional y estratégico, que contribuya en pronosticar y flexibilizar la programación de actividades. Conocimiento del desempeño institucional y funcional de los avances en el cumplimiento de objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso Humano, capacitado en protocolos clínicos. - Equipamiento y tecnología con mantenimiento periódico evitando fallas o indisponibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso Humano, capacitado y comprometido con implantar una cultura centrada en las personas. - Tecnología al servicio de las personas, que contribuya con información en favor del autocuidado y en la disminución de los tiempos de espera. - Sistema de control estratégico que incorpore aportes de la comunidad en su formulación.
 Actividades clave	<ul style="list-style-type: none"> - Atención clínica integral que contribuya en pesquisar todos los síntomas y entregue un correcto y completo tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de la calidad para una Atención Clínica, con protocolos estandarizados y auditados, que entreguen confianza a los usuarios de estar recibiendo la atención por parte de un equipo humano preparado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de los usuarios, que esté preocupada de entregar un buen trato en todas las etapas del proceso de atención. - Atención clínica con protocolos estandarizados en dar la correcta y completa información al paciente.
 Asociaciones clave	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital base, cuenta con la infraestructura tecnológica y el recurso humano para contribuir en aumentar la resolutivez del CVMF. A su vez, esto descongestiona al hospital de pacientes categorizados C3, C4 y C5. Generación de un vínculo virtuoso. - Organizaciones vecinales, facilitan el desarrollo de acciones para la promoción y prevención. - Universidades en convenio, pueden contribuir con recursos humanos y financiamiento en tecnología. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociaciones gremiales, contribuyen a alinear a sus socios en la consecución de logros de acreditación en calidad de la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociaciones gremiales, influyen en alinear a sus socios en la consecución de logros de acreditación en calidad de la atención y buen trato al usuario. - Universidades en convenio, pueden aportar con el diseño y aplicación de encuestas de evaluación de trato al usuario.

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

Elementos	Soluciones Efectivas	Prestaciones seguras	Buen trato
 Relaciones con los clientes	<ul style="list-style-type: none"> - La relación presencial y directa con el paciente, es transversal en el cumplimiento de los atributos. 		
 Canales	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de salud, con recursos y equipamiento que permiten entregar solución directa a problemas de salud. - Traslado en ambulancia, contribuye en dar resolutiveidad y es clave la seguridad en cuanto a los procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de salud, donde se da el trato directo, tiene la mayor incidencia. - Línea 800, colabora con evitar los rechazos presenciales de los pacientes por falta de horas. 	
 Segmento de mercado	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes crónicos, deben estar controlados para evitar que se agrave su condición y deba pasar a niveles más complejos de atención. - Pacientes de morbilidad, se deben atender con un diagnóstico certero e indicaciones que eviten repetir consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes de morbilidad y crónicos, para evitar eventos adversos en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes de morbilidad, quienes reclaman por la falta de horas, mal trato y tiempos de espera excesivos. - Pacientes crónicos, reclaman excesiva demora en la entrega de sus medicamentos y mal trato.
 Fuentes de Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de programas APS y PPV mediante convenio que financian proyectos y compra de servicios que aumentan la resolutiveidad. - Se debe gestionar la oportunidad con la cual llegan los recursos en apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere gestionar recursos con el servicio de salud, con la finalidad de implementar tecnologías que contribuyan con elevar este atributo. 	
 Estructura de Costos	<ul style="list-style-type: none"> - Soluciones Efectivas, disminuyen los costos de una atención, ya que se evita reincidencia en morbilidad, pacientes compensados, prevención de enfermedades. Lo que hace más eficiente el gasto del recurso humano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pago de incentivo anual por encuesta de satisfacción usuaria. 	

Tabla 11: (Continuación)

5.3. Análisis de captura de valor en el actual modelo de negocio

El modelo de negocio descrito anteriormente, propio de una organización pública, sin fines de lucro, tiene la particularidad de ser financiado por un tercero, en este caso por el estado, quien mandata al articulador de redes (director del Servicio de Salud) a dar cumplimiento de la misión por intermedio del centro de salud familiar. Esta realidad, enfrenta el riesgo que: *“los incentivos para la creación de valor no siempre van a la par”* (Osterwalder & Pigneur, 2016), es decir, que el usuario al no ser el pagador directo de la prestación queda muchas veces relegado a no ser el cliente principal, sino que este lugar lo ocupa quien financia a la institución, el cual, esta indirectamente incluido entre los recursos que aportan todos los ciudadanos por medio del pago de impuestos. Lo anterior, en definitiva, deja al usuario en un plano de simple receptor de los servicios.

El modelo de negocio que identifica al Cesfam, no tiene como finalidad la captura de valor económico o la búsqueda de rentabilidad que le pueda entregar un “cliente”, sino que, al ser una organización pública busca, más bien, centrar sus esfuerzos en la creación y entrega de valor hacia los usuarios del sistema, cuya captura de valor está determinada por la satisfacción de los usuarios. Así, desde el modelo identificado y la propuesta de valor, es posible aventurar un análisis crítico de cómo esta organización pudiera potenciar su estrategia.

El atributo clave de la propuesta de valor de la institución es la de entregar soluciones efectivas a los pacientes, para ello, en el bloque del modelo “Recursos Clave” debiera estar incorporado una infraestructura de equipamiento y tecnología robusta y moderna, que permita disponer de exámenes de laboratorio, imagenología y telemedicina en forma oportuna, permitiendo al equipo de salud ser más resolutivo frente a los problemas de salud de la comunidad. Lo que hoy existe, son algunos equipos tecnológicos y convenios que financian la compra de exámenes al extra-sistema de salud privada, lo que en definitiva es limitado y poco oportuno, esto último, dado las innumerables trabas burocráticas, propias de una organización centralizada, lo que demora la aprobación de convenios y liberación de recursos, lentitud en la aprobación de bases de licitación y su posterior adjudicación.

Relacionado con lo anterior, está la necesidad de incorporar recursos organizaciones de mayor autonomía en la gestión. Lo que hoy existe es una resolución, en la cual, el director del servicio de salud, delega facultades limitadas al director del centro de salud, lo que, en consecuencia, genera un desgaste burocrático innecesario al momento de intentar aprobar, por ejemplo, movimientos de personal, definición de inversiones, compras de servicio, entre otras actividades. También en el bloque de los recursos, está la necesidad de crear los incentivos para que médicos especialistas de salud familiar se incorporen y permanezcan en el centro de salud primaria, ya se ha analizado en los capítulos anteriores, que la experiencia internacional ha demostrado que estos profesionales poseen mayor capacidad resolutiva, al estar formados con introducción en varias especialidades médicas capaces de diagnosticar y/o derivar con mayor efectividad.

Otro atributo que la propuesta de valor considera, es el buen trato a los usuarios, si bien el Cesfam tiene en su modelo actividades que se concentran en este aspecto como la promoción de la salud, es también muy importante que se potencien los canales comunicacionales intensivos en tecnología como: Sitio web y Aplicaciones móviles. Este canal, podría ofrecer a los usuarios información relevante en cuanto a su historial clínico, de exámenes, agendamiento de horas, material educativo para el autocuidado con jornadas de educación en línea, etc. En definitiva, existen alternativas ilimitadas en el desarrollo de este canal de comunicación, el cual, da posibilidades de crear y capturar valor a través de la activa participación de los usuarios en su autocuidado.

Desde el punto de vista de los gastos, y asociado al modelo de salud familiar, es necesario profundizar en su correcta implementación. Lo anterior, ya que este modelo considera acciones de tratamiento y rehabilitación para pacientes, pero sobre todo acciones de promoción y prevención. Es decir, el modelo en su fundamento, tiene en su “radar” al segmento de usuarios “sanos”, segmento que, de acuerdo a la organización, infraestructura e incentivos asociados a este establecimiento, no ha tenido el desarrollo necesario que direcciona los esfuerzos a mantener una población sana y bajo control, detectando en forma temprana síntomas, factores y/o determinantes de riesgo, que contribuya a enfrentar enfermedades en etapas tempranas, evitando caer en establecimientos de salud de mayor complejidad, elevando en forma sustancial los gastos para su recuperación. Para ello se propone, reestructurar la organización separando en dos a la Subdirección Clínica. Una subdirección debiera centrarse en los pacientes de morbilidad y crónicos, y la otra subdirección debiera estar enfocada en las personas sanas o con factores de riesgo. Ambas con una estructura de unidades de apoyo equilibrada e incentivos adecuados que les permita fijarse objetivos e iniciativas que contribuyan a la obtención de resultados verificables, ya que hoy las actividades de promoción y prevención son solo eso “actividades” y se les mide por su realización, pero no por el resultado que estas debieran obtener.

Capítulo VI: Mapa Estratégico

Una vez que se ha establecido la estrategia genérica que impulsará el CVMF para encausar el cumplimiento de su visión y la creación de valor para sus usuarios, surge la necesidad de traducir esta planificación en objetivos e iniciativas que permitan visualizar en forma concreta los pasos que la institución realizará con el compromiso de los trabajadores, es decir, se requiere operativizar la estrategia tomando acciones e ir monitoreando sus avances. Para cumplir este propósito, en el desarrollo de este capítulo, se utilizará un modelo de control estratégico denominado “Mapa Estratégico”.

6.1. El Mapa Estratégico como herramienta de planificación y control de gestión

El mapa estratégico es una poderosa herramienta de control de gestión que permite crear valor al traducir la estrategia en una serie de objetivos agrupados en perspectivas que se encuentran interrelacionados entre sí, mediante una relación causa-efecto. “*Los objetivos del mapa son verdaderos postulados o tesis que pretenden probar el efecto sobre otro objetivo*” (Neriz, 2015).

Tiene un sentido comunicacional, es decir, se puede ver la estrategia y entender sus factores críticos, los cuales, son atributos que favorecen el alineamiento organizacional detrás de una estrategia. Lo anterior lo refuerza Senge (1990) citado por De La Mata (2014), señalando que para la segunda disciplina:

“Una visión compartida no es una idea. (...) Es una fuerza en el corazón de la gente, una fuerza de impresionante poder. Puede estar inspirada por una idea, pero si es tan convincente como para lograr el respaldo de más de una persona, cesa de ser una abstracción. Es palpable. La gente comienza a verla como si existiera. Pocas fuerzas humanas son tan poderosas como una visión compartida”.

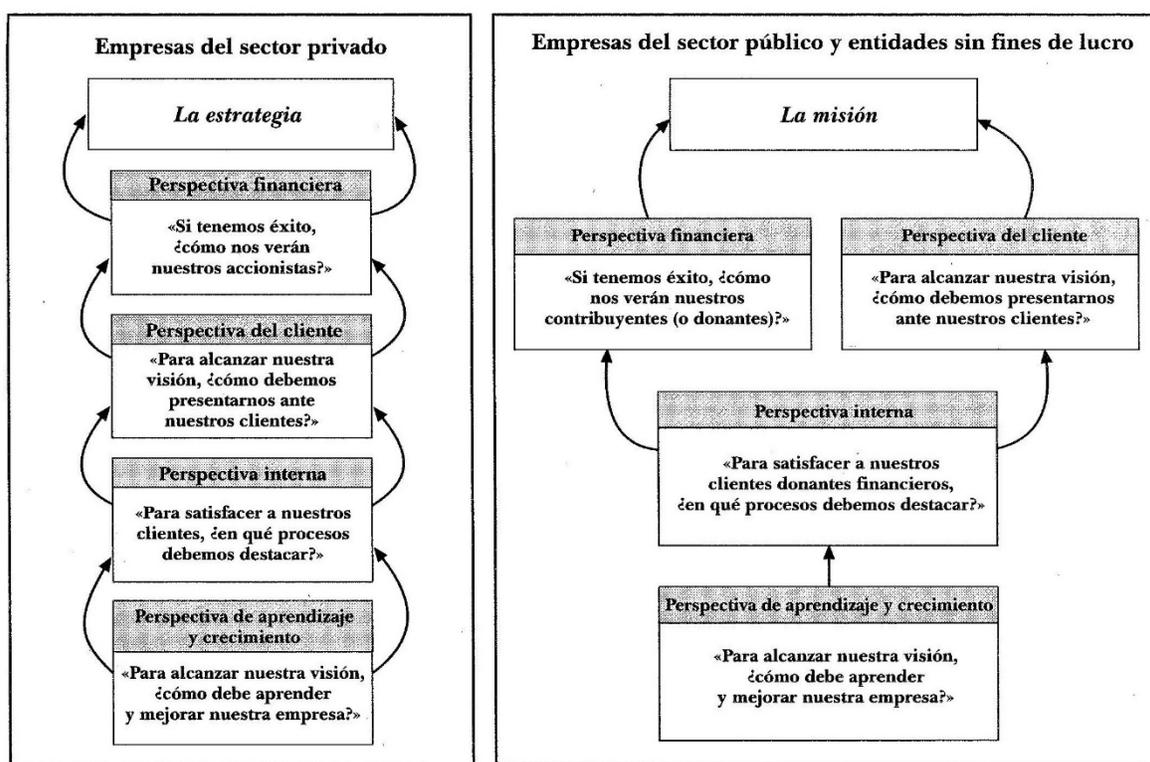
El modelo original del mapa estratégico está construido en base a cuatro perspectivas, las cuales son: Financiera, Cliente, Procesos internos y Aprendizaje y Crecimiento, sin embargo, pudieran ser más perspectivas, o menos, dependiendo del tipo de organización y si estas agregan valor. Sobre este modelo de control, sus autores Kaplan y Norton (2004) explican que:

“Los objetivos de las cuatro perspectivas están vinculados entre sí por relaciones causa-efecto. Comenzando por arriba [perspectiva financiera] encontramos la hipótesis que los resultados financieros sólo se pueden conseguir si los clientes que son el objetivo están satisfechos. La proposición [propuesta] de valor para el cliente describe cómo generar ventas y fidelidad de los clientes buscados.

Los procesos internos crean y aportan la proposición de valor para el cliente, mientras que los activos intangibles [perspectiva de aprendizaje y crecimiento, también conocida como perspectiva de los recursos] que respaldan los procesos internos proporcionan los fundamentos de la estrategia. Alinear los objetivos de estas cuatro perspectivas es la clave de la creación de valor y, por lo tanto, de una estrategia centrada e internamente consistente”

A pesar que el mapa estratégico fue diseñado según experiencias de organizaciones del sector privado, estos autores reconocen que ha sido también aplicada en instituciones y empresas del sector público, así como en organizaciones no gubernamentales sin fines lucrativos. En la Ilustración 17, los autores del modelo describen cómo las organizaciones, con o sin fines de lucro, pueden crear valor a través de esta herramienta.

Ilustración 17: Mapas Estratégicos: El modelo sencillo de creación de valor



Fuente: Kaplan y Norton (2004), pág. 37.

6.2. Propuesta de un Mapa Estratégico para el CVMF

Con el resultado del análisis estratégico y modelo de negocio para el Cesfam, metodologías que permiten determinar aquellos procesos que el establecimiento debe potenciar y, a su vez, qué recursos debe desarrollar y/o ampliar con la finalidad de crear valor, se desarrolla una propuesta de mapa estratégico, la cual se puede observar en la Ilustración 18.

El mapa estratégico propuesto para el CVMF recoge la versión original de los autores Kaplan y Norton para instituciones del sector público, considerando cuatro perspectivas: Aprendizaje y crecimiento; Procesos internos, Financiera y Cliente. La razón de utilizar esta versión, tiene que ver con los fines que persigue una empresa privada con fines de lucro frente a una institución pública. En el primer caso, la finalidad es obtener mayores rentabilidades, por lo que utiliza la perspectiva financiera en la cúspide del mapa. Por otra parte, las instituciones públicas tienen un fin social orientado a la misión institucional, dejando en un mismo nivel las perspectivas Financiera y de Usuarios. Otra adecuación del mapa es la identificación que se da al cliente, ya que en este caso se trata de usuarios o beneficiarios del sistema, que acceden a prestaciones de salud de una institución financiada con recursos públicos, lo que implica denominar la perspectiva de cliente por *usuario*.

6.3. Explicación del Mapa Estratégico a partir de la descripción de los ejes estratégicos

Del análisis estratégico se evidenciaron las principales fortalezas y debilidades con las que el CVMF cuenta para enfrentar las oportunidades y amenazas del entorno. De este análisis se desprende que el establecimiento tiene la oportunidad de transformarse en el largo plazo en un establecimiento experimental de la vanguardia en salud primaria, ya que su dependencia y liderazgo en el tiempo, le permiten tener acceso a aquellas innovaciones que el ministerio impulsa a través de los Servicios de Salud. Lo anterior, basado en la estrategia genérica de Diferenciación descrita en los capítulos anteriores.

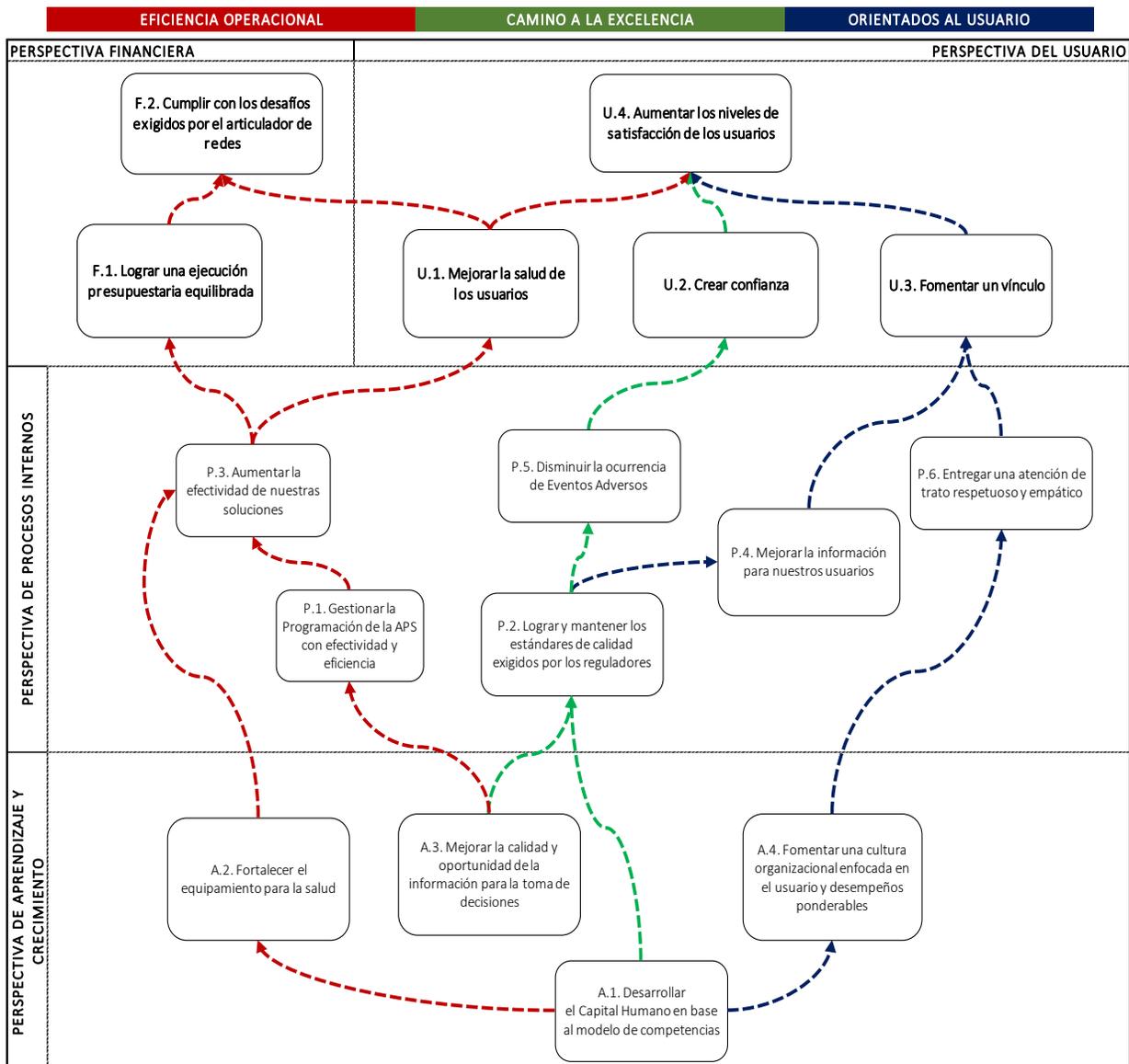
En consecuencia, el establecimiento debe tener una mirada hacia la contención de enfermedades no transmisibles, las cuales, son las predominantes en el perfil epidemiológico de la población. Para ello son fundamentales las intervenciones de promoción y prevención en salud, sin embargo, estas deben ser efectivas, asociadas a indicadores de resultado y no solo actividades relacionadas. No obstante, el proyecto de planificación tiene un horizonte de tiempo al año 2020, dentro de los cuales, el Cesfam debe estar acreditado para el año 2019.

En este orden de ideas, se han identificado tres ejes estratégicos que nacen de los atributos de la propuesta de valor, en los cuales, el establecimiento debe trabajar en estos años con la finalidad de legitimarse como un establecimiento de excelencia en la atención primaria dependiente del SSC. A continuación, se describen los ejes estratégicos propuestos:

– **Primer Eje Estratégico: “Eficiencia Operacional”**

El establecimiento debe incrementar la resolutivez, mejorando los rendimientos que tienen los profesionales de la salud, especialmente los médicos, quienes se encuentran bajo el promedio comunal. Para ello, debe gestionar la información con controles operacionales y estratégicos, oportunos y confiables, que le permitan tomar mejores decisiones. Esto en consecuencia, debiera impactar en una mayor satisfacción de los usuarios a lo largo del proceso de atención.

Ilustración 18: *Mapa Estratégico propuesto para el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández*



Fuente: Elaboración propia.

– ***Segundo Eje Estratégico: “Camino a la Excelencia”***

Actualmente el Servicio de Salud Concepción se encuentra impulsando los procesos de acreditación de sus establecimientos dependientes. No obstante, es necesario que esta institución gestione internamente recursos, como la gestión de personas en selección y capacitación para promover competencias en sus trabajadores que tengan un claro enfoque en la calidad. De igual forma se requiere que mejoren los sistemas de información para el control operacional y estratégico en la calidad con la cual se ejecutan los procesos de salud. Por lo tanto, la estandarización de los procesos permitirá impactar en un menor riesgo para el paciente en cada una de los procedimientos y entrega de indicaciones médicas en cuanto a eventos adversos, generando confianza y una reputación de seguridad en salud para la comunidad.

– ***Tercer Eje Estratégico: “Orientados al Usuario”***

Actualmente el CVMF tiene niveles de satisfacción muy bajos, en cuanto a su relación con los usuarios. Esta realidad se ha obtenido a partir de una encuesta nacional anual que mide aspectos de trato y confianza por parte de los usuarios hacia el equipo de salud. Por lo tanto, es necesario que el Cefam realice un trabajo desde la gestión del recurso humano, definiendo las competencias necesarias para cada una de las funciones, seleccionando y capacitando a las personas en favor de una cultura que tenga como centro al usuario. Aquello debe ir incorporado en cada uno de sus procesos, permitiendo de esta forma mejorar la experiencia de servicio y percepción de trato que tienen los usuarios que visitan el centro de salud.

En la misma línea, el establecimiento debe fijarse como objetivo un cambio en la cultura de las personas que trabajan actualmente y aquellas que vendrán. Durante años los establecimientos públicos, en general, y sobre todo en salud, han creado una cultura orientada a la operacionalización, es decir, entregar y entregar servicios, con la única preocupación de dar cobertura, lo cual, lo demuestran los indicadores con los cuales son evaluados y compensados. En consecuencia, esta cultura de hacer tareas, pero no tener un objetivo de resultado claro que se espera lograr, va generando en el tiempo desmotivación y frustración. Por consiguiente, el CVMF debe impulsar una cultura centrada en lo más importante que son las personas, sus usuarios y, por otra parte, crear iniciativas que permitan mirarse a ellos mismos, cuál es su propósito, cómo se ven en el futuro y si sus desempeños están en la dirección correcta.

Este eje tiene incidencias en el largo plazo, ya que tener una buena relación con los usuarios les permite influir con mejores resultados en el autocuidado y asistencia a controles de salud y adherencia al tratamiento. Esta propuesta del mapa estratégico recoge uno de los principios fundamentales en los cuales sus autores basan la formulación de esta herramienta, señalando que *“La estrategia equilibra fuerzas contradictorias”* (Kaplan y Norton, 2004).

Lo anterior es clave al momento de definir una estrategia, ya que normalmente las empresas invierten en recursos intangibles con la finalidad de obtener resultados rentables en el corto plazo, sin embargo, lo que este principio señala es que una adecuada planificación y construcción del mapa debe recoger una mirada de corto plazo, pero también pensar en la creación de valor para obtener un crecimiento sostenible en el tiempo, es decir, tener un compromiso con el largo plazo. En la propuesta presentada, el eje de eficiencia operacional está pensada en la obtención de resultados en el corto plazo, mientras que el camino hacia la excelencia y la orientación al usuario, implican esfuerzos de desarrollo en procesos internos que ofrezcan resultados medibles en el mediano y largo plazo.

6.4. Diccionario de objetivos del mapa estratégico propuesto para el CVMF

Para comprender la relación que los objetivos, de cada una de las perspectivas, tienen en el mapa, la Tabla 12 explica la relación causa-efecto que se espera obtener con el cumplimiento de cada uno de ellos, observados desde la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, hasta la captura y entrega de valor que se espera lograr con los usuarios.

Tabla 12: *Relación causa-efecto del Mapa Estratégico*

Perspectiva.	Objetivos Estratégicos		Descripción de la Relación
	Causa	Efecto	
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A.1. Desarrollar el Capital Humano en base al modelo de competencias.	A.2. Fortalecer el equipamiento para la salud.	Tener un capital humano realizando funciones de acuerdo con su perfil y fortalecido con capacitaciones que le permitan contar con herramientas a fin de ejecutar con mayor efectividad sus actividades.
		A.4. Fomentar una cultura organizacional enfocada en el usuario y desempeños ponderables.	Gestionar personas en base al modelo de competencias, permite contar con perfiles, procesos de reclutamiento y capacitaciones convergentes a los lineamientos estratégicos y a la cultura organizacional que se espera fomentar.
		P.2. Lograr y mantener los estándares de calidad exigidos por los reguladores.	El cumplimiento de los estándares de calidad que exigen los reguladores, y sobre todo mantenerlos, requiere de un equipo de salud con las competencias y capacitación a la altura de un servicio de excelencia para los usuarios.
	A.2. Fortalecer el equipamiento para la salud.	P.3. Aumentar la efectividad de nuestras soluciones.	El profesional de la salud debe contar con el perfil, competencias y capacitación permanente, además de disponer en forma oportuna con el equipamiento clínico para exámenes, servicios de diagnóstico, e insumos y medicamentos para el tratamiento que en conjunto propendan a fortalecer la capacidad diagnóstica y, en consecuencia, mayor resolutivez de la salud de los usuarios.

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

Perspectiva.	Objetivos Estratégicos		Descripción de la Relación
	Causa	Efecto	
PROCESOS INTERNOS	A.3. Mejorar la calidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones.	P.1. Gestionar la Programación de la APS con efectividad y eficiencia.	Al tener un sistema de información que retroalimente al equipo de salud en forma sistemática de los indicadores operacionales, permitirá tomar con mayor agilidad decisiones que mitiguen el alto rechazo de pacientes e incumplimiento de controles, a pesar de estar agendados previamente. Dando cumplimiento a la programación en salud en forma efectiva. De la misma forma la información permite medir los rendimientos de los profesionales alertando desviaciones que permitan tomar acciones de mitigación que aumenten la eficiencia en la ejecución de la programación de salud.
		P.2. Lograr y mantener los estándares de calidad exigidos por los reguladores.	Contar con la información que retroalimente al equipo de salud en forma sistemática de los indicadores operacionales, entre ellos, los asociados a la calidad contribuyen a la toma de decisiones informadas, que conduzcan al logro de la acreditación ante los organismos reguladores y su mantención en el tiempo.
	A.4. Fomentar una cultura organizacional enfocada en el usuario y desempeños ponderables.	P.6. Entregar una atención de trato respetuoso y empático.	El trato digno para los usuarios se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes: Lo Emocional, que se relaciona con ser tratado como persona (trato digno); La información durante la atención; contar con profesionales de la salud comprometidos y responsables, y atención oportuna. En consecuencia, fomentar una cultura centrada en valores, permite orientar las actuaciones de los funcionarios, promoviendo una atención de buen trato hacia los usuarios ²⁹ .
	P.1. Gestionar la Programación de la APS con efectividad y eficiencia.	P.3. Aumentar la efectividad de nuestras soluciones.	Gestionar la programación en base a información confiable y oportuna, permite a los equipos de salud tomar acciones en la programación, equilibrando y direccionando los esfuerzos en aumentar la resolución de problemas de salud de sus pacientes.
	P.2. Lograr y mantener los estándares de calidad exigidos por los reguladores.	P.5. Disminuir la ocurrencia de Eventos Adversos.	Los estándares tienen un fuerte componente de aseguramiento de la calidad del servicio, es decir, estandarizar actividades clínicas con la finalidad de minimizar eventos adversos y, en definitiva, brindar seguridad a los usuarios en las indicaciones médicas relativas a su salud.
		P.4. Mejorar la información para nuestros usuarios.	Los estándares del modelo de calidad en Chile apuntan, entre otras materias, a intervenir los procesos, estandarizándolos y optimizándolos propendiendo al desarrollo de actividades clínicas seguras. Sin embargo, otro de los componentes o ámbitos del modelo de calidad está en entregar una completa información al paciente en cuanto a la evolución de su enfermedad y la importancia de adherirse al tratamiento. Esto último promueve a los actores de la salud a tratar la enfermedad del paciente con respeto y empatía, entregándole una percepción real que su salud es importante para la institución.
	P.3. Aumentar la efectividad de nuestras soluciones.	F.1. Lograr una ejecución presupuestaria equilibrada.	El aumentar la resolutiveidad del establecimiento tiene asociado un mejor uso de los recursos públicos, ya que implica ejecutar la programación de acuerdo con lo planificado, evitando derivar innecesariamente a pacientes hacia niveles de atención de mayor complejidad cuyo costo de servicio es más elevado.

Tabla 12: (Continuación)

²⁹ Estudio: ¿Qué es Trato Digno para los pacientes? Superintendencia de Salud, Chile, 2013.

Perspectiva.	Objetivos Estratégicos		Descripción de la Relación
	Causa	Efecto	
PROCESOS INTERNOS	P.3. Aumentar la efectividad de nuestras soluciones.	U.1. Mejorar la salud de los usuarios.	Una programación formulada en base al modelo de salud que busca permanentemente el incremento de la resolutivez debe ser ejecutado obteniendo el mayor desempeño. Este lineamiento permite entregar a los usuarios soluciones efectivas, evitando la reincidencia de consultas médicas, pacientes crónicos compensados, manteniéndolos el mayor tiempo posible en la atención primaria, evitando el empeoramiento de su salud.
	P.4. Mejorar la información para nuestros usuarios.	U.3. Fomentar un vínculo.	No entregar una completa y empática información al usuario genera frustración e insatisfacción, lo que predispone al usuario a tener enfrentamientos con los equipos de salud, aumentando los reclamos y, en consecuencia, rompiendo o debilitando el vínculo del usuario con su establecimiento que cuida su salud.
	P.5. Disminuir la ocurrencia de Eventos Adversos.	U.2. Crear confianza.	La estandarización de los procesos permite al equipo de salud, determinar las actividades de mayor riesgo con la finalidad de implementar medidas de mitigación frente a un EA. Aquello contribuye con la calidad del servicio y crea confianza de los usuarios con la institución.
	P.6. Entregar una atención de trato respetuoso y empático.	U.3. Fomentar un vínculo.	Dentro de los procesos internos es necesario entregar un trato digno al paciente, que realmente sienta confianza y cercanía con el equipo de salud. De esta forma, se fortalecen los vínculos.
FINANCIERA	F.1. Lograr una ejecución presupuestaria equilibrada.	F.2. Cumplir con los desafíos exigidos por el articulador de redes.	Ser eficientes en el empleo del capital humano y uso de los recursos tangibles, acompañado de una permanente responsabilidad en el gasto, permite ejecutar el presupuesto manteniendo el equilibrio con los ingresos provenientes del Servicio de Salud Concepción. Este equilibrio es también parte de los desafíos que exige el articulador de redes asistenciales.
USUARIOS	U.1. Mejorar la salud de los usuarios.	F.2. Cumplir con los desafíos exigidos por el articulador de redes.	Dar cumplimiento a los resultados sanitarios, mejorando la salud y contribuyendo en la calidad de vida de las personas pertenecientes a la jurisdicción asignada, es también parte de los desempeños que exige el articulador de redes.
		U.4. Aumentar los niveles de satisfacción de los usuarios.	Una persona que ha visto resuelto un problema de salud o que, a pesar de estar cargando una enfermedad, los controles y tratamiento médico le han permitido mejorar su calidad de vida, es causante de satisfacción.
	U.2. Crear confianza.	U.4. Aumentar los niveles de satisfacción de los usuarios.	La confianza genera adhesión a las indicaciones y tratamientos que el establecimiento entrega, y esa seguridad que le da la institución es causante de satisfacción.
	U.3. Fomentar un vínculo.	U.4. Aumentar los niveles de satisfacción de los usuarios.	El ir construyendo lazos recíprocos con el equipo de salud, de quien recibe respeto y empatía por los problemas de salud existentes, es causante de satisfacción para el usuario.

Tabla 12: (Continuación)

Capítulo VII: El Cuadro de Mando Integral

Como se señaló en el capítulo anterior, el Mapa Estratégico tiene por finalidad traducir la planificación estratégica por medio de una serie de objetivos estratégicos agrupados en perspectivas, los cuales tienen una relación causa-efecto, cuya finalidad es la creación de valor que permitirá a la institución ir dando cumplimiento a la visión definida. Sin embargo, se requiere ir controlando el cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos con la finalidad de ir detectando y mitigando aquellas desviaciones que pudieran poner en peligro el desarrollo de la estrategia. Para este efecto, en el marco de este capítulo, se ha diseñado una herramienta de control fundada en el modelo del “Cuadro de Mando Integral” (*Balanced Scorecard*).

7.1. El Cuadro de Mando Integral como herramienta de planificación y control de gestión

Basados en el postulado de Harrington (1991), quien señala que: “*No se puede gestionar lo que no se puede medir*”. Los autores Kaplan y Norton (2009), han desarrollado el modelo del Cuadro de Mando Integral, cuya importancia para las empresas la describen como:

“El sistema de medición de una organización afecta muchísimo al comportamiento de la gente, tanto del interior como del exterior de la organización. Si las empresas han de sobrevivir y prosperar en la competencia de la era de la información, han de utilizar sistemas de medición y de gestión, derivados de sus estrategias y capacidades. Desgraciadamente, muchas organizaciones adoptan estrategias con respecto a las relaciones con los clientes, las competencias centrales [Fortaleza de recursos] y las capacidades organizativas [Fortalezas en la cadena de valor], mientras que motivan y miden la actuación solo con indicadores financieros. El Cuadro de Mando Integral conserva la medición financiera como un resumen crítico de la actuación gerencial [directiva], pero realiza un conjunto de mediciones más generales e integradas, que vinculan al cliente actual, los procesos internos, los empleados y la actuación de los sistemas con éxito financiero a largo plazo” (Pág. 41).

Si bien estos modelos de control de la gestión nacen en el sector privado, existen cada vez más experiencias que han aplicado estas herramientas en el sector público. Sobre su importancia, Niven (2003), señala que:

“Esta nueva forma de gestión del sector público está comenzando a adquirir masa crítica y muy probablemente se imponga en los próximos años. En lugar de lamentar la cultura radicalmente nueva que representa la medición de resultados, los directivos del sector público hacen bien en aceptar este movimiento y los muchos beneficios que confiere. El uso de técnicas para medir resultados les permite demostrar claramente al legislador y al ciudadano el valor de los programas que aplican.

En una era de presupuestos cada vez más reducidos, esos directivos tienen los medios para mostrar claramente de qué forma la asignación de fondos a sus programas significará una ventaja para las personas que reciban el beneficio de que se trata. Los empleados del sector público también son beneficiados de la revolución de los resultados. Al igual que sus hermanos del sector privado, ahora pueden dejar de lado las actividades mecánicas y no estratégicas y dedicarse a los procesos e iniciativas que les permitan realizar una contribución significativa al éxito del programa. La posibilidad que proporciona el Cuadro de Mando Integral de compartir conocimientos e información hace que esto sea posible” (Pág. 379).

En resumen, los autores antes mencionados, señalan que el cuadro de mando integral ayuda a las empresas e instituciones públicas a solucionar dos problemas fundamentales: 1) Medir eficazmente la actividad y los resultados de la empresa; y 2) Implementar la estrategia con éxito.

7.2. Propuesta de un Cuadro de Mando Integral para el CVMF

La Tabla 13 a continuación, propone un CMI para el Cesfam, el cual introduce algunas iniciativas estratégicas y métricas de desempeño que permitan ir dando cumplimiento a cada uno de los objetivos estratégicos formulados en el mapa estratégico diseñado en el capítulo anterior.

Tabla 13: Cuadro de Mando Integral Propuesto para el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández

Pp.	Id	Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
USUARIOS	U.4.1	Aumentar los niveles de satisfacción del usuario	Nivel de satisfacción usuaria	Nota promedio de la encuesta nacional de satisfacción usuaria. Ver Anexo N° 4.	Nota promedio dentro del 33% mejor evaluados	Anual	Establecer un sistema de benchmarking.
	U.4.2		Tasa de variación de reclamos	$((N^{\circ} \text{ de reclamos ingresados durante periodo } t / N^{\circ} \text{ de reclamos ingresados durante periodo } t-1) - 1) * 100$	$\leq -15\%$	Semestral	Rediseñar el sistema de gestión de reclamos.
	U.1.1	Mejorar la salud de los usuarios	Consultas y controles médicos percápita realizados según población inscrita	N° de consultas de morbilidad y controles realizados por médicos periodo t / Población inscrita al 30 de junio del periodo t	1 atención percápita promedio	Anual	
	U.1.2		Porcentaje de readmisión de pacientes antes del término de tratamiento	$(N^{\circ} \text{ de readmisiones antes del término de tratamiento en periodo } t / N^{\circ} \text{ de atenciones y controles realizados en el periodo } t) * 100$	$< 10\%$	Trimestral	
	U.2	Crear confianza	Porcentaje de adherencia al tratamiento	$(N^{\circ} \text{ de prescripciones retiradas durante el periodo } t / N^{\circ} \text{ total de prescripciones emitidas en el periodo } t) * 100$	$\geq 75\%$	Trimestral	Crear un plan de <i>coaching</i> para fortalecer los desempeños.
			Nivel de calidad del servicio percibido	$(\text{Suma de evaluación promedio por pregunta} / N^{\circ} \text{ de preguntas de la encuesta})$	$\geq 6,0$	Anual	Implementar encuesta de calidad percibida.
	U.3	Fomentar un vínculo	Nivel de inasistencia de pacientes a controles programados de salud	$(N^{\circ} \text{ de pacientes inasistentes a controles programados durante el periodo } t / N^{\circ} \text{ de pacientes programados durante periodo } t) * 100$	$\leq 15\%$	Mensual	Rediseñar el sitio web institucional.

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

Pp.	Id	Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa	
FINANCIERA	F.2	Cumplir con los desafíos exigidos por el articulador de redes	Grado de cumplimiento de los convenios de desempeño suscritos con el SSC	(N° de convenios de desempeño suscritos con el SSC cumplidos durante el periodo t / N° Total de convenios de desempeño suscritos para el periodo t) * 100	100%	Anual	Crear un sistema de <i>Reporting</i> estratégico y operacional.	
	F.1	Lograr una ejecución presupuestaria equilibrada	Porcentaje de ejecución presupuestaria del gasto	(Ejecución del gasto periodo t / Presupuesto de gasto aprobado para el periodo t) * 100	Entre 95% y 100%	Trimestral		
PROCESOS INTERNOS	P.1.1	Gestionar la programación de la APS con efectividad y eficiencia	Porcentaje de ejecución de la programación de salud	(N° de actividades por programa ejecutadas periodo t / N° de actividades programadas periodo t) * 100	>= 95%	Mensual	Establecer reporte de control para la demanda insatisfecha.	
	P.1.2		Porcentaje de rechazo en la atención	(N° de rechazos en consulta médica periodo t / N° de consultas médicas solicitadas periodo t) * 100	< 10%	Mensual		
	P.5	Disminuir la ocurrencia de EA	Porcentaje de ocurrencia de errores adversos (EA) asociado a los pacientes	(N° de EA detectados en periodo t / N° de indicaciones médicas efectuadas en periodo t) * 100	< 5%	Trimestral		
	P.3.1	Aumentar la efectividad de nuestras soluciones	Nivel de resolutiveidad	(1 - (N° de solicitudes de IC ³⁰ periodo t / N° de consultas y controles médicos efectuados en periodo t)) * 100	>= 90%	Mensual		Elaborar un proyecto de fortalecimiento en la resolutiveidad.
	P.3.2		Porcentaje de despacho de recetas total y oportuno	(N° de recetas despachadas completamente durante el periodo t / N° Total de recetas emitidas durante el periodo t) * 100	>= 93%	Mensual		
	P.3.3		Tasa de variación de días en espera promedio para consultas por especialidad	((N° de días promedio de espera para consulta de especialidad en periodo t / N° de días promedio de espera para consulta de especialidad en periodo t-1) - 1) * 100	<= -5%	Trimestral		

Tabla 13: (Continúa en la página siguiente)

³⁰ IC: Interconsulta. Correspondiente a la derivación de pacientes al nivel secundario o terciario.

Pp.	Id	Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
PROCESOS INTERNOS	P.2.1	Lograr y mantener los estándares de calidad exigidos por los reguladores	Porcentaje de cumplimiento de la pauta de acreditación institucional	(N° de ítem de evaluación cumplidos / Total de ítem contemplados en la pauta de cotejo de evaluación institucional) * 100	>= 60%	Anual	Crear unidad asesora de "Calidad y mejora continua"
	P.2.2		Porcentaje de cumplimiento de la pauta de acreditación sanitaria	(N° de ítem de evaluación cumplidos en cada ámbito / Total de ítem contemplados en la pauta de evaluación sanitaria) * 100	100%	Anual	
	P.2.3		Nivel de aprobación en unidades auditadas en calidad institucional y sanitaria	(N° de unidades auditadas y aprobadas según pauta de cotejo para acreditación sanitaria e institucional en el periodo t / N° de auditorías programadas en el periodo t) * 100	100%	Trimestral	
	P.4	Mejorar la información para nuestros usuarios	Porcentaje de cumplimiento de consultorías grupales	(N° de consultorías efectuadas a grupos de pacientes por patología crónica en el periodo t / N° de consultorías grupales programadas en el periodo t) * 100	100%	Trimestral	
	P.6.1	Entregar una atención de trato respetuoso y empático	Días promedio de respuesta a reclamos de los usuarios	(Fecha de notificación de respuesta al reclamo - Fecha de ingreso del reclamo)	< 10 días	Mensual	
	P.6.2		Tasa de variación de horas promedio de espera para la entrega de fármacos	((N° de horas promedio de espera para la entrega de fármacos en periodo t / N° de horas promedio de espera para la entrega de fármacos en el periodo t-1) - 1) *100	<= -10%	Mensual	Implantar un plan de rediseño en los subprocesos que impactan en el trato al usuario.

Tabla 13: (Continúa en la página siguiente)

Pp.	Id	Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
PROCESOS INTERNOS	P.6.3	Entregar una atención de trato respetuoso y empático	Tasa de variación de horas promedio de espera para la atención de salud	$((N^{\circ} \text{ de horas promedio de espera para la atención de salud en el periodo } t / N^{\circ} \text{ de horas promedio de espera para la atención de salud en el periodo } t-1) - 1) * 100$	$\leq -10\%$	Mensual	
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A.2.1	Fortalecer el equipamiento para la salud.	Porcentaje de equipamiento clínico operativo	$(1 - (N^{\circ} \text{ de equipos reportados sin disponibilidad por falla en el periodo } t) / (N^{\circ} \text{ de equipos de salud inventariados para el periodo } t)) * 100$	$\geq 95\%$	Mensual	Establecer un sistema de gestión de equipamientos e instalaciones.
	A.2.2		Oportunidad en la vigencia de convenios de suministro de servicios clínicos externos	(Fecha de entrada en vigencia del convenio de suministro de servicios clínicos externo) - (Fecha de aprobación del convenio financiador)	≤ 30 días hábiles	Por cada convenio de suministro	
	A.3.1	Mejorar la calidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones	<i>Uptime</i> del sistema de información para la gestión clínica (SINETSUR)	$(\text{Tiempo disponible de SINETSUR durante el periodo } t / \text{Tiempo total del periodo } t) * 100$	$\geq 98\%$	Mensual	Crear un reporte de funcionamiento del sistema de información para la gestión clínica SINETSUR.
	A.3.2		Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y consistencia de registros estadísticos	$(N^{\circ} \text{ de registros estadísticos con inconsistencias y/o fuera de plazo entregados por unidad en el periodo } t / N^{\circ} \text{ de registros estadísticos entregados}) * 100$	$< 5\%$	Mensual	
	A.4		Fomentar una cultura organizacional enfocada en el usuario y desempeños ponderables	Porcentaje de funcionarios aprobados en proceso de inducción	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios aprobados en inducción durante el periodo } t / N^{\circ} \text{ de funcionarios sometidos al programa de inducción institucional}) * 100$	$\geq 90\%$	Anual

Tabla 13: (Continúa en la página siguiente)

Pp.	Id	Objetivo Estratégico	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A.1.1	Desarrollar el Capital Humano en base al modelo de competencias laborales	Tasa de variación de brechas	$((N^{\circ} \text{ de funcionarios con brecha de competencias en el periodo } t / N^{\circ} \text{ de funcionarios con brecha de competencias en el periodo } t-1) - 1) * 100$	$\leq -10\%$	Anual	Elaborar un plan de capacitación trienal.
	A.1.2		Nivel de satisfacción laboral	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que se encuentran satisfechos con su trabajo según diagnóstico en el periodo } t / \text{Dotación total al 31 de diciembre del periodo } t-1) * 100$	$\geq 70\%$	Anual	
	A.1.3		Tasa de incapacidad por ausentismo	$N^{\circ} \text{ de días de ausencia por LM durante el periodo } t / \text{Dotación total durante el periodo } t$	$\leq 15 \text{ días}$	Trimestral	Elaborar un estudio sobre los determinantes e impactos del ausentismo.
	A.1.4		Porcentaje de cumplimiento del programa anual de capacitación (PAC)	$(N^{\circ} \text{ de horas de capacitación ejecutadas durante el periodo } t / N^{\circ} \text{ de horas de capacitación contempladas en el PAC del periodo } t) * 100$	$\geq 85\%$	Semestral	

Tabla 13: (Continuación)

7.3. Descripción de las principales iniciativas estratégicas incorporadas en el CMI

Para impulsar el logro de los objetivos planteados dentro del cuadro de mando, se han definido una serie de iniciativas las cuales se han clasificado de acuerdo al eje estratégico identificado en el mapa propuesto. Cada una de las iniciativas, establecerá los objetivos específicos y una descripción de las principales acciones que se deben llevar a cabo para su desarrollo. A continuación, se describe cada una de ellas:

1) Iniciativas vinculadas al Eje Estratégico: *Eficiencia Operacional*.

i. Crear un sistema de Reporting estratégico y operacional.

Para gestionar es necesario medir lo que se está haciendo, por lo tanto, la creación de un sistema de reportes, entrega a los directivos y encargados y/o jefes de unidad la información necesaria para tomar decisiones. Entre los objetivos específicos que se pretende impulsar con esta iniciativa se encuentran: Emprender acciones oportunas frente a desviaciones en los resultados esperados, Aprender de la información para mejorar los sistemas de control y Estandarizar la información para el logro de reuniones efectivas. Esto último, permite a la institución dedicar el recurso de tiempo en tomar medidas concretas frente a los resultados tenidos a la vista, en vez de buscar la información.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Diseñar reportes de indicadores de gestión estratégicos agregados, más conocidos como KPI (*Key Performance Indicator*)
- Desagregar los indicadores claves que permitan detectar las causas y acciones focalizadas de mitigación. Se recomienda el desarrollo *drill down*, es decir, realizar un análisis en detalle como, por ejemplo, por equipos de sector, por patologías, etc.
- Designar responsables de reunir y procesar la información, validación y entrega de reportes en forma periódica.

ii. Establecer un reporte de control para la demanda insatisfecha.

Con esta iniciativa se espera capturar en forma sistemática el perfil de los usuarios y los niveles de demanda insatisfechos, transformando este recurso en un insumo para formular iniciativas de cobertura y/o gestionar la demanda con la red asistencial del Servicio de Salud Concepción.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Definir protocolos para la captura de información, asociada a aquellos usuarios con rechazo en la atención.
- Diseñar reporte periódico con la individualización de usuarios cuya demanda ha sido insatisfecha.
- El reporte debe contener información de los usuarios como, por ejemplo, individualización, residencia, tipo de consulta, tipo de seguro de salud, razón por la cual no tuvo acceso a la atención, etc.

iii. Elaborar proyecto de fortalecimiento en la resolutivead.

A través de la información disponible, en cuanto a la mayor incidencia o prevalencia de enfermedades, el establecimiento puede formular un proyecto con la finalidad de adquirir equipamiento tecnológico para la salud y capacitación para su utilización. Si bien el establecimiento no cuenta con la suficiente autonomía para gestionar por cuenta propia el financiamiento del proyecto, es posible presentar el proyecto ante el articulador de redes del SSC, con información verificable y demostrable del impacto en cuanto a mayor resolutivead puede proporcionar el desarrollo del proyecto. Con seguridad, la resolución de problemas de salud en el nivel primario reduce significativamente los costos de una interconsulta al nivel secundario dado los costos de recursos que involucra y, por otra parte, incrementa la satisfacción del usuario evitando una larga espera para su atención.

En este sentido, la iniciativa debe aspirar a aumentar los niveles de resolutivead del establecimiento con su consecuente incremento de la satisfacción de los usuarios.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Efectuar un diagnóstico de la demanda de usuarios en lista de espera para interconsulta y/o pacientes derivados al extra sistema para confirmación de diagnóstico.
- Analizar la factibilidad de incorporar equipamiento clínico, herramientas de telemedicina y recurso humano que permita resolver estas consultas en el Cesfam.
- Determinar los costos incurridos en la derivación y la economía lograda al absorber esta demanda.
- Presentar el proyecto al Servicio de Salud para su evaluación y factibilidad de financiamiento.

iv. *Crear un reporte de funcionamiento del sistema de información para la gestión clínica SINETSUR.*

Esta iniciativa tiene por finalidad contar con un instrumento para la toma de decisiones que permitan asegurar la continuidad de operación del sistema. Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Diseñar un protocolo de registro interno y reporte periódico, tipo *uptime*, que controle la disponibilidad de tiempo del sistema informático SINETSUR en cada uno de sus módulos (agenda, farmacia, ficha electrónica, etc.)
- Incluir la cantidad de interrupciones que tiene el sistema en cada módulo.
- Elaborar protocolos de acción que permitan mitigar las fallas.

2) Iniciativas vinculadas al Eje Estratégico: *Camino a la Excelencia.*

i. *Crear unidad asesora de "Calidad y mejora continua".*

El modelo de calidad exigido por la superintendencia actualmente exige a los establecimientos designar una persona encargada de calidad. Sin embargo, el “camino hacia la excelencia”, parafraseado para explicar el segundo eje estratégico del mapa propuesto, requiere de esfuerzos y talento humano adicional, con dedicación de horas exclusivas para llevar adelante los siguientes objetivos de la planificación:

- Implementación de un sistema de control que permita ir monitoreando los avances de acuerdo con la planificación consensuada.
- Lograr la acreditación institucional al año 2019.
- Mantener y mejorar los estándares de calidad logrados en el tiempo.
- Gestionar los reclamos y sugerencias de los usuarios.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Designar a encargado(a) de calidad y profesionales de apoyo.
- Elaborar un diagnóstico de brechas para el logro de la acreditación.
- Incorporar a la OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias) dentro de la unidad asesora.
- Diseñar un SGC (Sistema de Gestión para la Calidad), el cual, se puede construir adaptado al modelo ISO 9001, ya que sus principios tienen convergencia con la planificación y el modelo de calidad que exige la superintendencia. Otro de los modelos que actualmente se utiliza bastante en hospitales en EE.UU. y Europa es el sistema *Lean Healthcare*, cuyos principios se fundan en el método *Kaizen*, de optimización de procesos, eliminando todas aquellas tareas que no agregan valor, incrementando los niveles de productividad sin aumentar la presión en los trabajadores.

Entre las principales acciones que debe desarrollar este sistema se pueden proponer las siguientes: Planificar las tareas de calidad, incorporando auditorías internas que verifiquen calidad de los procesos clínicos y trato al usuario.; Adoptar los lineamientos de control de calidad en base a los ámbitos del modelo de acreditación en salud; Aseguramiento de la calidad, mediante la definición de un mapa de procesos y redacción de protocolos clínicos; Mejora continua de la calidad a través de la revisión de los procesos y subprocesos estratégicos con orientación a optimizar los tiempos de ejecución.

ii. Crear un plan de coaching para fortalecer los desempeños.

Esta iniciativa tiene como objetivo específico, focalizar un plan de acción complementario al programa de capacitación que permita dar agilidad ante desempeños deficientes de los profesionales de la salud.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Definir un staff de profesionales con competencias en coaching al interior de establecimiento.
- Establecer un mecanismo de priorización de necesidades de acuerdo a aquellos desempeños que requieren de intervención con urgencia.
- Diseñar un plan de intervención de acuerdo a los objetivos que se espera lograr.
- Establecer la periodicidad de intervenciones personales y los mecanismos de evaluación.
- Fortalecer a los profesionales con herramientas que permitan incrementar sus desempeños.

iii. Implementar una encuesta de calidad percibida.

Desde el año 2012, el ministerio ha efectuado, a través de un organismo externo, una encuesta nacional para medir el nivel de satisfacción que los usuarios perciben del servicio que les entregan los establecimientos de salud público. De acuerdo a la encuesta desarrollada el año 2015, disponible en detalle en el Anexo N° 4 de este proyecto, el Cesfam forma parte de los establecimientos de baja complejidad, perteneciente a los servicios de salud, por lo que la pauta de encuesta está acotada a 10 preguntas, más una pregunta final de tipo global. Sin embargo, al revisar las preguntas se puede constatar que están orientadas principalmente al trato percibido por parte de los funcionarios de la salud. Ahora bien, considerando que el objetivo estratégico “Crear confianza” de la perspectiva usuario, está conectada con la calidad del servicio, surge la necesidad de diseñar una herramienta que mida su nivel de cumplimiento. En este sentido, se propone la implementación de una encuesta de calidad del servicio que mida los siguientes ámbitos:

- Confianza en el personal. En este ámbito, se recomienda segmentar por actor, es decir, individualizar en la pregunta por médico, profesional no médico, técnico, administrativo y auxiliar.
- Acceso y Oportunidad. Dice relación con la facilidad para obtener hora, puntualidad, tiempos de espera en la entrega del servicio, recepción completa de medicamentos.
- Infraestructura. Relacionado a la higiene del lugar y su comodidad.
- Equipamiento. Disponibilidad de equipos modernos.

Además, incluir una pregunta de “recomendación” como, por ejemplo, ¿Recomendaría a algún familiar que se atienda en este centro de salud?; Si pudiera inscribirse en otro establecimiento ¿lo haría? Cada pregunta debe tener una puntuación de 1 a 7; donde 7 es “muy satisfactorio”, 5 y 6 es “satisfactorio”, 4 es “neutral”, 2 y 3 “insatisfactorio”, y 1 es “muy insatisfactorio”.

iv. Elaborar un plan de capacitación trienal.

Con la finalidad de ir cerrando brechas de competencia necesarias para el logro de los objetivos estratégicos. El establecimiento, para llevar adelante este proyecto, debe delegar en el encargado del logro de este eje estratégico las siguientes acciones:

- Formular un diccionario de competencias con diferentes niveles de desarrollo.
- Realizar un diagnóstico de las brechas existentes en los niveles de competencia de los funcionarios.
- Diseñar un plan de actividades de capacitación a 3 años que contribuya al cierre de las brechas identificadas.

v. Elaborar un estudio sobre las determinantes e impactos del ausentismo.

Esta iniciativa, tiene como propósito detectar las causas que producen el ausentismo y medir el impacto que esta tiene en la productividad del Cesfam, con la finalidad de introducir iniciativas que tiendan a disminuir los actuales índices.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Realizar un diagnóstico de los niveles de ausentismo por estamento, de acuerdo con la información que entrega del SIRH (Sistema de Información para el Recurso Humano).
- Examinar la información con la finalidad de categorizar las determinantes del ausentismo.
- Efectuar una encuesta a los funcionarios para detectar necesidades.
- Diseñar un plan dirigido para fomentar la salud de los equipos de trabajo.

3) Iniciativas vinculadas al Eje Estratégico: *Orientados al Usuario.*

i. Instaurar un plan de cambio y desarrollo de la cultura organizacional.

Esta iniciativa tiene como objetivo fomentar una cultura organizacional convergente con el eje estratégico, orientando las actividades de atención con el foco puesto en los usuarios.

De acuerdo con el análisis estratégico interno, relacionado con los recursos intangibles desarrollado en el capítulo 3, el establecimiento cuenta con subculturas en función de los valores personales y experiencias laborales que comparten al interior de cada una de las unidades funcionales. Sin embargo, no existe una identificación clara respecto de una cultura que predomine en la organización. Es por ello, que se propone ejecutar un proyecto de diseño e implementación de un programa de cambio y desarrollo de cultura organizacional. Se trata de un proyecto ambicioso y de largo aliento, el cual debe contar con una planificación rigurosa y sistemática que contribuya a reducir la resistencia al cambio y no fracasar en el intento. Algunos de los objetivos específicos de este proyecto son:

- Contar con una planificación sistemática de desarrollo de una cultura predominante para la institución y sus colaboradores.
- Transformar el instrumento en una herramienta de alineación en base a la estrategia declarada por el establecimiento que contribuya a delimitar las conductas y acciones que los funcionarios realizan en la atención de los usuarios.

Entre los requerimientos que, el encargado de este eje estratégico debe considerar son:

- Diagnosticar la situación actual efectuando encuestas a los funcionarios mediante el modelo OCAI³¹ (Instrumento de Evaluación de Cultura Organizacional), basado en el modelo de valores complementarios, de los autores Cameron y Quinn, citado por Pucheu (2012).
- Identificar la cultura actual predominante y determinar las brechas existentes en cuanto a la cultura que se pretende fomentar.
- Diseñar un sistema de inducción, transferencia y mantenimiento de cultura organizacional.
- Diseñar un programa de reconocimiento a los desempeños sobresalientes.

ii. Establecer un sistema de benchmarking.

Esta iniciativa tiene por objeto analizar el empleo de buenas prácticas llevadas a cabo por otros establecimientos que han obtenido mejores resultados en cuanto a niveles de satisfacción usuaria. En este sentido se pueden definir los siguientes objetivos específicos:

³¹ Por sus siglas en inglés *Organizational Culture Assessment Instrument*.

- Comparar aquellos aspectos y prácticas con los propios.
- Identificar aquellos que sean mejores en cuanto a impacto.
- Identificar y adaptar aquellas prácticas factibles de aplicar en el Cesfam, definiendo e incorporando iniciativas de mejora.
- Implementación de iniciativas que permitan mejorar los resultados propios obtenidos.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Efectuar un seguimiento a los Cesfam de la provincia de Concepción y Cesfam no municipales del país de acuerdo con a los resultados obtenidos en la encuesta nacional de satisfacción usuaria, desde los últimos 3 años en adelante.
- Clasificar los resultados obtenidos por cada uno de los ámbitos obteniendo un ranking.
- Investigar aspectos y prácticas que pudieran influir en los mejores resultados obtenidos por otros establecimientos.

iii. Rediseñar el sistema de gestión de reclamos.

Este proyecto, tiene por objeto capturar en forma sistemática las solicitudes y, sobre todo, reclamos que realizan los usuarios para poder comunicar las acciones que el establecimiento está adoptando para mitigar el problema presentado, demostrando en forma concreta que el establecimiento no es indiferente al problema de sus usuarios, para de esta manera crear confianza y fortalecer los vínculos, mejorando la satisfacción de sus usuarios.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Clasificar los reclamos y sugerencias recibidas de acuerdo con los atributos de la propuesta de valor definida, que en este caso son: "Soluciones efectivas"; "Prestaciones seguras"; "Buen Trato" e incorporar otros aspectos.
- Diseñar un plan de acciones de contención y resarcimiento, de acuerdo con la priorización de impacto.
- Analizar las causas e implementar acciones preventivas.

iv. Rediseñar el sitio web institucional.

Hoy en día, los medios digitales se han convertido en una poderosa herramienta con la cual las instituciones se logran comunicar con las personas. En consecuencia, la iniciativa tiene como propósito: Dar mayor usabilidad a la información que entrega el sitio web del Cesfam; Facilitar el acceso a la educación en salud para los usuarios; Promover el autocuidado en salud mediante la entrega de información para la promoción y prevención y Promover la cultura de la organización a través de la declaración de lineamientos estratégicos.

Para llevar adelante este proyecto, el encargado del logro de este eje estratégico debe:

- Realizar un diagnóstico del sitio web institucional, identificando las brechas comunicacionales de acuerdo con los lineamientos estratégicos definidos.
- Profundizar la información en cuanto a los equipos de salud por cada sector.
- Diseñar cuentas para usuarios inscritos en el Cesfam, dando la posibilidad de acceder al agendamiento.

v. *Implantar un plan de rediseño en los subprocesos que impactan en el trato al usuario.*

Este proyecto surge de la necesidad de disminuir los tiempos de espera de los usuarios en la atención y entrega de tratamiento farmacológico. Para llevar adelante este proyecto, se requiere de las siguientes acciones:

- Diagnosticar la situación actual en los subprocesos clínicos de admisión de pacientes y dispensación de medicamentos, en cuanto a los tiempos de espera.
- Evaluar las actividades involucradas y determinar brechas de mejora en cuanto a los tiempos de ejecución, eliminando actividades repetidas o que no agregan valor.
- Rediseño de los subprocesos, creando sistemas de registro e indicadores de control para medir los resultados de las mejoras implementadas.

Capítulo VIII: Alineando a la Organización

En los dos capítulos anteriores, se ha propuesto el diseño de dos herramientas de control para la gestión estratégica del CVMF. Por una parte, se desarrolló un Mapa Estratégico, el cual, muestra las relaciones causa-efecto que se espera obtener en el logro de los objetivos estratégicos planteados en las diferentes perspectivas. Otro de los beneficios de utilizar esta técnica, es la posibilidad de traducir la estrategia y comunicarla a la organización, pudiendo entender cuáles son las principales preocupaciones que la organización tiene en el mediano y largo plazo. Una segunda herramienta de control diseñada, es el Cuadro de Mando Integral (*Balanced Scorecard*), el cual complementa al mapa estratégico operativizando la estrategia, a través de una serie de indicadores, metas e iniciativas, entregando al equipo directivo el control de los resultados que se van obteniendo en la implementación de la planificación estratégica.

No obstante, las herramientas de control propuestas están aún vinculadas al nivel jerárquico más alto o primer nivel institucional. Por lo tanto, el grado de involucramiento por parte de los trabajadores es aún bajo, ya que muchos pueden no identificar, en el mapa o CMI, la manera en la cual, sus esfuerzos, pudieran influir en el logro de los objetivos estratégicos. Con esta necesidad de involucrar a los demás niveles de la organización, a lo largo de este capítulo se desarrolla una técnica de alineamiento organizacional o desdoblamiento estratégico mediante Cuadros de Mando de Segundo Nivel Jerárquico.

Hoy en día, los trabajadores necesitan tener, no solo motivaciones extrínsecas, como las remuneraciones y bonos por desempeño, sino que además requieren sentirse involucrados en el logro que la organización obtiene, es decir, que las exigencias tengan un significado al cual puedan contribuir en la creación de valor. Por otra parte, la organización difícilmente pueda crear y capturar valor con una herramienta que contemple un solo sistema de control a nivel institucional. Por consiguiente, es necesario ir creando derivaciones del cuadro de mando en todos los niveles del organigrama, con la finalidad de transmitir lo que la organización espera de las personas que las integran, generando un verdadero vínculo con el éxito de la estrategia.

Niven (2003), describe el desdoblamiento estratégico del CMI, como la aplicación de una “cascada”, describiéndola como:

“... al proceso de desarrollar cuadros de mando en todos y cada uno de los niveles de la empresa. Estos cuadros de mando están en línea con el cuadro de mando de más alto nivel de la empresa, porque identifican los objetivos e indicadores estratégicos que los departamentos y grupos de nivel inferior usarán para controlar su progreso en la contribución que hacen a los objetivos generales de la empresa” (Pág. 264).

En el proceso de desdoblamiento, es normal que algunos objetivos e indicadores se repitan en todas las unidades de la organización, sin embargo, la mayoría de los objetivos reflejan iniciativas y metas propias que buscarán contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

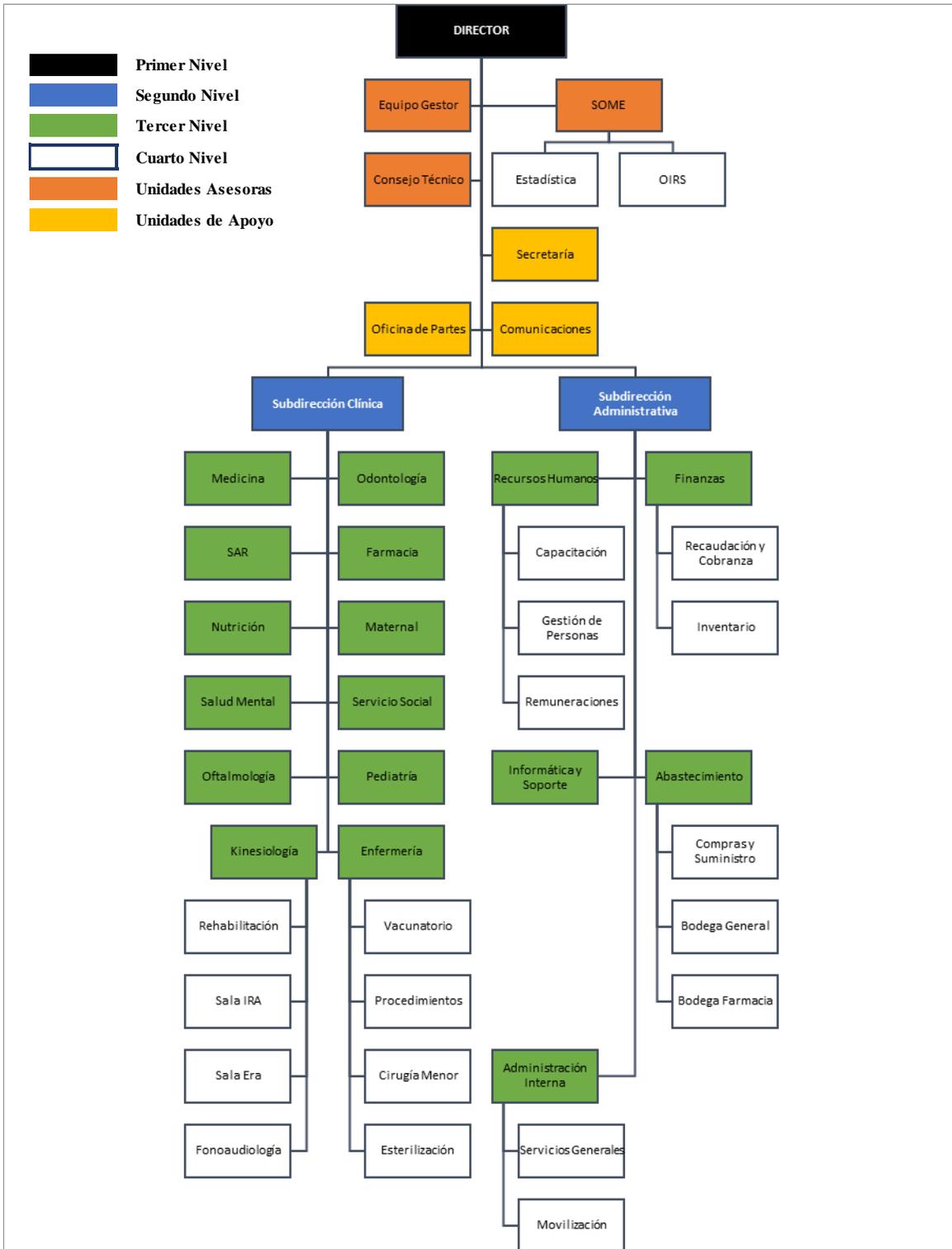
8.1. Revisión del Organigrama de la institución

Antes de realizar un desdoblamiento del CMI, a través de cuadros de mando, es necesario observar el organigrama con la finalidad de identificar los niveles jerárquicos. En este caso, el Cesfam tiene una estructura de tipo funcional como se puede ver en la Ilustración 19. En la ilustración, a cada uno de los niveles se les ha diferenciado con un color, de esta forma se observan cuatro niveles jerárquicos, además de uno de apoyo y otro asesor. Los tres niveles de jerarquía son: Director, Subdirecciones, Unidades Funcionales y Sección de unidad.

A continuación, se describe el rol que cada uno de estos tiene:

- *Director del Establecimiento (Primer Nivel Jerárquico):*
El director es la autoridad máxima de la institución Es un profesional médico que depende jerárquicamente del director del SSC, quien, a su vez, le ha delegado funciones y atribuciones mediante resolución exenta.
- *Subdirecciones (Segundo Nivel Jerárquico):*
El Cuadro de Mando Integral propuesto en el Capítulo 7, representa el “Primer Nivel Jerárquico” o Institucional. No obstante, el establecimiento también cuenta con un nivel directivo a cargo de dos subdirecciones, lo que constituye una de las diferencias que este establecimiento tiene respecto de la APS municipal. Por una parte, está la Subdirección Clínica, la cual está a cargo de controlar el desempeño de las unidades funcionales que ejecutan los procesos productivos o *Actividades Principales*. Por otra parte, se encuentra la Subdirección Administrativa, la cual está a cargo de brindar el soporte administrativo, físico y tecnológico que la institución requiere para el correcto desempeño de las actividades principales.
- *Unidades Funcionales (Tercer Nivel Jerárquico):*
Las unidades funcionales, tienen dependencia directa de la subdirección correspondiente, están conformadas por equipos de trabajo de tipo funcional, integrada por personas que ejecutan las operaciones diariamente y están lideradas por una jefatura o encargado de la unidad.
- *Secciones de Unidad (Cuarto Nivel Jerárquico):*
Dependiendo de la magnitud del subproceso, algunas unidades funcionales cuentan con secciones, las cuales tienen asignadas actividades específicas. A su vez, tienen una dependencia directa con el encargado(a) de la unidad.

Ilustración 19: Organigrama del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández



Fuente: Adaptación propia del organigrama institucional del CVMF presentado en su página web. <http://www.cvmf.cl/index.php?p=organigrama>

– *Unidades Asesoras y de Apoyo:*

Las unidades asesoras, son equipos multidisciplinarios, conformados con la finalidad de asesorar al director del establecimiento en materias específicas, entre ellas están: SOME (Sistema de Orientación Médico y Estadístico), Equipo Gestor, Consejo Técnico y Comités Asesores. SOME es la unidad que realiza funciones de inscripción y agendamiento de pacientes, además de la estadística de actividades y de administrar la OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias). El Equipo Gestor asesora al director en la implementación del modelo de salud familiar comunitario y en cuanto a la programación de actividades anual. El Consejo Técnico, se define como unidad en el organigrama, sin embargo, es una instancia de reunión periódica, encabezada por el director, Subdirectores, Encargados de Unidad y Dirigentes Gremiales. Por último, están los 15 Comités Asesores, que corresponden a pequeños equipos de trabajo (5 a 10 funcionarios) encargados de tareas específicas como: Comité Bipartito de Capacitación, Comité de Emergencias, Comité Paritario, Comité Gestor de Reclamos, entre otros. Finalmente, están las unidades de apoyo a la labor del director bajo su dependencia directa, entre ellas se encuentran: Comunicaciones, Oficina de Partes y Secretaría.

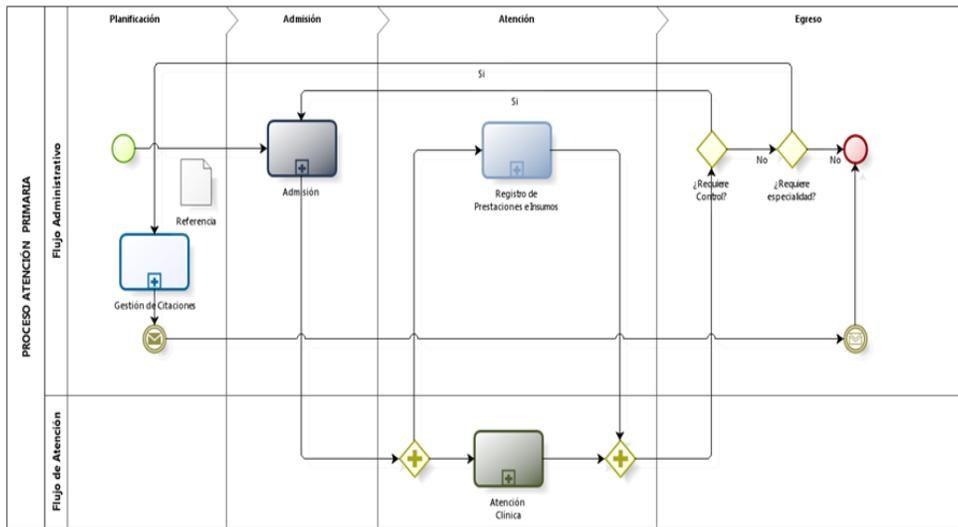
8.2. Propuesta de Cuadros de Mando de Segundo Nivel

Para alinear a toda la organización, es necesario comenzar el despliegue del CMI Institucional al segundo nivel jerárquico, en este caso, se encuentran las Subdirecciones Clínica y Administrativa. Ahora bien, se ha seleccionado uno de los atributos de la propuesta de valor, que en este caso corresponde a brindar “Soluciones Efectivas” que, como se puede apreciar en el mapa propuesto, impacta en el objetivo estratégico de “Mejorar la Salud de los Usuarios”, el cual, constituye la captura de valor que la institución realiza a través de sus procesos internos de creación de valor. Además, este atributo impacta en el eje estratégico de Eficiencia Operacional, sin embargo, dada las características de esta institución, estas subdirecciones son responsables de la cadena de valor completa, por lo tanto, impactan, sobre todo la Subdirección Clínica, en todos los atributos y perspectivas del CMI. La subdirección clínica, tiene una influencia directa en el atributo seleccionado, mientras que la subdirección administrativa representa un soporte que debe asegurar la disponibilidad de recursos para que los procesos clínicos se desarrollen con normalidad, sin embargo, ambas subdirecciones tienen la responsabilidad de lograr desempeños relacionados con la eficiencia en el uso de recursos, lo cual impacta en los objetivos de la perspectiva financiera.

8.2.1. Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Clínica (SC)

En el diseño de un cuadro de mando para subdirección clínica, se ha seleccionado uno de los procesos de negocio clave que desarrollan las unidades dependientes a esta subdirección, cuyo grado de influencia permiten la creación, entrega y captura de valor a los usuarios. En este caso, se consideró el “Proceso de Atención” representado en la Ilustración 21, el cual describe la secuencia de las actividades que concurren en este proceso, traduciendo dichas actividades en objetivos concretos.

Ilustración 20: *Flujograma estándar del proceso de atención*



Fuente: Documento de Consultoría para la estandarización de procesos de Redes Asistenciales MINSAL. URL: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/1_%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20Bajo%20Control%20v2.doc

A continuación, la Tabla 14, muestra el cuadro de mando propuesto para la subdirección clínica basado en el atributo seleccionado. Este cuadro tiene la misma lógica de diseño que cuadro de mando integral institucional, pero formulado a partir de los objetivos que permitirán a la subdirección clínica, desde el proceso de atención de pacientes, contribuir con el cumplimiento del atributo de valor y la estrategia de la institución. Al igual que el CMI, tiene asociados objetivos, indicadores y metas que permitirán controlar el desempeño, e iniciativas que serán las impulsoras del más alto desempeño.

En la perspectiva de usuarios, se ha considerado una influencia directa en alcanzar el objetivo estratégico de “Mejorar la Salud de los Usuarios”. A su vez, en la perspectiva financiera se incorpora el objetivo de “Cumplir con la ejecución presupuestaria de los convenios de salud”, objetivo que influye en “Lograr una ejecución presupuestaria equilibrada”, el cual es parte del CMI de primer nivel. A continuación, en los procesos internos, se han traducido las actividades del proceso de atención de pacientes en objetivos concretos, los cuales tienen un efecto directo en la creación y captura de valor. Por último, en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, se ha determinado un objetivo relacionado con el recurso humano y su compromiso en aumentar su disponibilidad. Si bien el diseño del cuadro de mando tiene como foco la influencia que la subdirección tiene en el cumplimiento de uno de los tres atributos de la propuesta de valor, para el cual se ha considerado uno de los procesos productivos clave que ejecuta, este intenta recoger objetivos que le son propios como el control de la ejecución de los convenios de salud y avanzar en el registro electrónico. De igual forma, considerando que el modelo organizacional existente no responsabiliza a la subdirección de rendir cuenta del gasto, se ha introducido el objetivo de eficiencia en el uso de recursos, medido a través del rendimiento de atenciones por hora y disminución de pérdida de medicamentos e insumos clínicos por obsolescencia.

Tabla 14: Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Clínica

Pp.	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
USUARIOS	Mejorar la salud de los usuarios	Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica compensados según patología	(N° de pacientes crónicos compensados según patología en el periodo t / Población inscrita con patología crónica durante el periodo t) * 100	>= 85%	Trimestral	
FINANCIERA	Cumplir con los desafíos exigidos por el articulador de redes	Nivel de ejecución del gasto por convenio de salud	(Monto ejecutado por convenio de salud durante el periodo t / Presupuesto asignado por convenio de salud durante el periodo t) * 100	100%	Trimestral	Crear un reporte de control de la ejecución de los convenios de salud.
PROCESOS INTERNOS	Entregar un tratamiento resolutive	Porcentaje de despacho de recetas total y oportuno	(1 - (N° de recetas despachadas parcialmente / N° total de recetas emitidas)) * 100	>= 97%	Mensual	
	Fortalecer el sistema de registro clínico de los usuarios	Nivel de avance en fichas electrónicas	(N° de usuarios inscritos con ficha electrónica vigente durante el periodo t / N° de usuarios inscritos al periodo t) * 100	>= 90%	Semestral	
	Mejorar la eficiencia en la utilización de recursos	Porcentaje de pertinencia en la derivación	(1 - (N° de solicitudes de IC rechazadas en periodo t / N° de solicitudes de IC tramitadas en periodo t)) * 100	>= 97%	Mensual	Establecer un procedimiento para el apoyo diagnóstico del SAR.
		Porcentaje de consultas canceladas no programadas con 24 horas de anticipación	(N° de consultas canceladas, no programadas con 24 horas de anticipación durante el periodo t / Total de horas canceladas durante el periodo t) * 100	< 2%	Mensual	Rediseñar el subproceso de reagendamiento.
		Rendimiento de atenciones médicas por hora	N° de consultas y controles efectuados durante el periodo t / dotación total de horas médicas disponibles durante el periodo t	Promedio de 4 (at./hr.)	Mensual	

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

Pp.	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
PROCESOS INTERNOS	Mejorar la eficiencia en la utilización de recursos	Tasa de variación de pérdida por obsolescencia de insumos clínicos y fármacos	$((\text{Monto de pérdida por obsolescencia de insumos clínicos y fármacos durante el periodo } t / \text{Monto de pérdida por obsolescencia de insumos clínicos y fármacos durante el periodo } t-1) - 1) * 100$	-5%	Anual	
	Gestionar la programación con eficacia	Porcentaje de cumplimiento de la programación de salud	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades ejecutadas por programa durante el periodo } t / \text{N}^\circ \text{ de actividades programadas para el periodo } t) * 10$	$\geq 95\%$	Mensual	
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fomentar el compromiso del recurso humano	Porcentaje de incapacidad ausentismo	$(\text{N}^\circ \text{ de horas de ausentismo por licencia médica durante el periodo } t / \text{Dotación total de horas médicas durante el periodo } t) * 100$	$\leq 15\%$	Trimestral	Elaborar un plan de prevención y promoción de la salud.

Tabla 14. (Continuación)

Iniciativas propuestas para el CMI de la Subdirección Clínica.

Como se señalaba en la introducción a este capítulo, en el diseño de los cuadros de mando de cada subdirección existen objetivos, indicadores y metas transversales a todas las unidades de la organización. En el caso de la Subdirección Clínica, se describen, a continuación, las principales iniciativas impulsoras que no están contenidas en CMI Institucional:

i. Crear un reporte de control de la ejecución de los convenios de salud.

Un desempeño sobresaliente en el proceso de atención impacta en forma positiva en mejorar la salud de los usuarios, sin embargo, su impacto también es importante a nivel financiero. Por lo tanto, considerando que existe un gran número de programas de salud asociados a convenios, con recursos limitados, la subdirección debe tener un control de las actividades y ejecución del gasto asociado a cada uno de los convenios para rendir cuenta de su cumplimiento. Para ello debe:

- Diseñar un protocolo de captura, registro y periodicidad en la entrega de información de las actividades asociadas a cada convenio suscrito entre el establecimiento y el servicio de salud.
- Elaborar una planilla con el vaciado de cada uno de los indicadores que contienen los convenios que permitan monitorear los avances y poder tomar decisiones oportunas que le permitan ajustarse a la ejecución de actividades convenidas.

ii. Establecer un procedimiento para el apoyo diagnóstico del SAR.

Como se mencionó en el capítulo de análisis estratégico, una de las fortalezas del establecimiento es la implementación de un Servicio de Urgencias de Alta Resolutividad (SAR), el cual está dotado de nuevo equipamiento y profesionales para el diagnóstico que puede ser utilizado en horarios en los cuales no atiende público o tiene baja demanda, con la finalidad de apoyar en la toma de exámenes de imagenología y telemedicina en apoyo a incrementar la resolutividad de atenciones. Para esto es necesario diseñar un proyecto para implementar un nuevo subproceso clínico que incorpore un procedimiento y flujograma.

Para concretar el avance de la iniciativa, la Subdirector Clínico debe efectuar las siguientes acciones:

- Realizar un diagnóstico de los equipos y tecnología disponible en el SAR que sea necesaria para fortalecer la capacidad de diagnóstico.
- Diseñar una planilla con los horarios de disponibilidad de equipos para la atención diurna del Cesfam.
- Elaborar un procedimiento para el uso de equipamiento del SAR que permita sincronizar y protocolizar el correcto empleo del recurso, sin afectar el funcionamiento de la urgencia.

iii. Rediseñar el subproceso de reagendamento.

Este proyecto tiene por finalidad disminuir los niveles de rechazo por falta de oportunidad en el reagendamento de pacientes. A su vez, contribuirá en la implementación de la estrategia mediante el alineamiento horizontal entre unidades de tercer nivel jerárquico. Para lograrlo, la subdirección debe considerar lo siguiente:

- Diagnosticar la situación actual, determinando los impactos cuantitativos y cualitativos del rechazo en la atención por falta de oportunidad en el reagendamento.
- Elaborar protocolos de acción para los profesionales de la salud ante la necesidad de cancelar horas previamente agendadas.
- Generar acuerdos de servicio (SLA) entre las unidades de SOME y Medicina, que permita gestionar el reagendamento con oportunidad.

iv. Elaborar un plan de prevención y promoción de la salud.

Esta iniciativa, tiene por objeto disminuir los niveles de ausentismo por enfermedades, un aspecto crítico considerando que los trabajadores están expuestos diariamente a pacientes con enfermedades, de las cuales muchas son transmisibles. Para este proyecto la subdirección debe contemplar:

- Hacer un diagnóstico de las causas que han provocado el ausentismo, mediante los reportes que entrega el SIRH (Sistema de Información para el Recurso Humano) en los últimos 3 años.
- Diseñar un protocolo interno que facilite el acceso de los trabajadores y sus hijos pequeños, a exámenes de salud preventivos y a los programas inmunológicos con la finalidad de prevenir enfermedades.
- Sociabilizar el protocolo, entre las unidades, promoviendo estilos de vida saludable.

8.2.2. Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Administrativa (SA)

Para la construcción del cuadro de mando de la subdirección administrativa, se debe considerar que gran parte de los procesos desarrollados tienen como finalidad responder a necesidades de la subdirección clínica, la cual se ha definido como “Cliente Interno”. Esta relación de soporte a las actividades principales del centro de salud se pudiera gestionar mediante Acuerdos de Nivel de Servicios (ANS), sin embargo, dado que ciertos procesos de esta subdirección también impactan en objetivos estratégicos, requiere proponer el diseño de un cuadro de mando. Ahora bien, para su construcción se debe responder la siguiente interrogante: ¿Qué necesita la subdirección clínica para dar cumplimiento al atributo seleccionado?

Como se pudo apreciar anteriormente, la subdirección clínica debe fomentar el compromiso del recurso humano para lograr un proceso de atención sobresaliente. Sin embargo, también requiere contar con insumos clínicos, medicamentos y equipos clínicos para fortalecer la entrega de soluciones efectivas a los usuarios. En este sentido, la subdirección administrativa tiene una influencia directa, por lo que la propuesta del cuadro de mando parte de la perspectiva de cliente interno, con el objetivo de “Disponer de bienes y servicios clínicos que fortalezcan la capacidad resolutoria”. Para este objetivo, se ha considerado que el “Proceso de Compras” tiene actividades que impactan en el recurso clave para el proceso de atención, Y, al igual que el CMI de la subdirección clínica, este proceso impacta en la perspectiva financiera del CMI institucional, en el objetivo estratégico de “Lograr una ejecución presupuestaria equilibrada”, eso sí, suscrito en el marco del gasto de bienes y servicio de consumo, contenida en la partida presupuestaria del Subtítulo 22. De acuerdo con la Ley 19.886 de Compras Públicas y su Reglamento vigente, el proceso tiene asociadas las siguientes actividades:



De acuerdo al desarrollo secuencial de actividades del proceso, se han propuesto los siguientes objetivos: Privilegiar mecanismos de compra eficientes, Gestionar el suministro con eficacia y Gestionar el pago oportuno a los proveedores. A continuación, se ha diseñado un Cuadro de Mando, contenido en la Tabla 15, que representa los objetivos e indicadores que medirán el desempeño de la subdirección en este proceso y las iniciativas propuestas que permitan impulsar el cumplimiento de los mismos.

Tabla 15: Cuadro de Mando propuesto para la Subdirección Administrativa

Pp	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
CLIENTE INTERNO	Disponer de bienes y servicios clínicos que fortalezcan la capacidad resolutive	Porcentaje de cumplimiento en el despacho de insumos clínicos y fármacos	(N° de requerimientos despachados completamente a las unidades clínicas dentro del periodo t / N° total de requerimientos solicitados por las unidades clínicas en el periodo t) * 100	100%	Trimestral	
		Nivel de cobertura en servicios clínicos externos	(N° de servicios clínicos externos con convenio vigente durante el periodo t / N° de servicios clínicos externos programados para el periodo t) * 100	100%	Semestral	
FINANCIERA	Contribuir al logro de una ejecución presupuestaria equilibrada	Nivel de Ejecución del Gasto en Bs y Ss de Consumo	(Gasto ejecutado en bs. y ss. de consumo durante el periodo t / Presupuesto vigente en bs. y ss. de consumo para el periodo t) * 100	Entre 95% y 100%	Mensual	Rediseñar el proceso de Planificación Anual de Compras.
		Índice de criticidad de la deuda en el Subtítulo 22*	Monto adeudado en el periodo t / (Presupuesto vigente Sub. 22 / 12)	<= 1	Mensual	
PROCESOS INTERNOS	Gestionar el pago oportunamente	Porcentaje de facturas pagadas antes de 30 días	(N° de facturas pagadas antes de 30 días durante el periodo t / N° total de facturas canceladas durante el periodo t) * 100	>= 95%	Mensual	
	Gestionar el suministro con eficacia	Índice de cobertura del arsenal clínico entre 60 y 90 días	(Cantidad de arsenal clínico con stock 60-90 días en el periodo t / Total de arsenal clínico en el periodo t) * 100%	100%	Mensual	Crear un sistema de suministro integral de medicamentos e insumos clínicos.
		Porcentaje de cumplimiento en los plazos de entrega por parte de los proveedores	(N° de órdenes de compra de productos y servicios recepcionados dentro de plazo durante el periodo t / N° de órdenes de compra emitidas durante el periodo t) * 100	100%	Mensual	

Fuente: Elaboración propia. (Continúa en la página siguiente)

Pp	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Frecuencia	Iniciativa
PROCESOS INTERNOS	Privilegiar mecanismos de compra eficientes	Porcentaje de compras a través de convenios de suministro	(N° de órdenes de compra emitidas a través de convenios durante el periodo t / N° total de órdenes de compra emitidas en el periodo t) *100	>= 90%	Trimestral	
	Conservar el buen estado del equipamiento para la salud	Porcentaje de equipamiento clínico clave con programa de mantenimiento preventivo	(N° de equipos clínicos con mantenencias preventivas vigentes durante el periodo t / N° total de equipos clínicos clave durante el periodo t) * 100	100%	Semestral	Elaborar un sistema de mejora continua para la gestión de recursos físicos y tecnológicos.
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fomentar el desarrollo de competencias en compras públicas	Nivel de acreditación vigente en compras públicas	(N° de funcionarios de las unidades de contabilidad y abastecimiento con acreditación vigente en el periodo t / Dotación total de funcionarios de las unidades de contabilidad y abastecimiento durante el periodo t) * 100	100%	Anual	

Fuente: Tabla 15. (Continuación de la página anterior)

Descripción de las principales iniciativas incorporadas en el Cuadro de Mando de la Subdirección Administrativa

Al igual que en cuadro de la Subdirección Clínica, a continuación, se describen las iniciativas más relevantes, propias de la Subdirección Administrativa:

i. Rediseñar el proceso de Planificación Anual de Compras.

Con la finalidad de mejorar las proyecciones del plan de compras, se propone el rediseño del proceso contemplando la participación de todas las Unidades dependientes de la Subdirección Clínica, estableciendo compromisos de ajuste y responsabilidad en el uso de los recursos. Este proceso será un insumo fundamental para el proceso de Estimación que propone el modelo de Sistema de Suministro Integral (SSI), contribuyendo en la cobertura y aseguramiento de recursos para apoyar en desempeños sobresalientes de los procesos principales definidos en la cadena de valor institucional.

El proyecto debe contemplar las siguientes etapas:

- Enviar a las unidades dependientes de la SC, un reporte con los consumos históricos de insumos y medicamentos.
- Diseñar una metodología para la estimación de necesidades del año siguiente.
- Levantar la información entregada por cada unidad, validarla de acuerdo con la metodología de cálculo y enfrentarla con el presupuesto proyectado para el año siguiente.
- Revisar las desviaciones con la SC, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios que permitan ajustar el plan de compras con el presupuesto.
- Elaborar una programación de reuniones con la SC, con la finalidad de ir controlando el comportamiento de consumo e ir realizando los ajustes y acciones que permitan cumplir con la planificación de compras.

ii. Crear un sistema de suministro integral de medicamentos e insumos clínicos.

Con la finalidad de asegurar el un suministro completo, oportuno y confiable de equipos, medicamentos e insumos clínicos se requiere del diseño e implementación de un Sistema de Suministro Integral (SSI) basado en el modelo de mejora continua (Planear – Hacer – Verificar – Actuar) y que incorpore los lineamientos del modelo de calidad exigidos por la superintendencia. El sistema, de acuerdo al modelo que propone la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debe incluir siete procesos centrales:

1. Selección
2. Estimación y adquisición conjunta
3. Almacenamiento
4. Disposición Final
5. Distribución
6. Promoción del uso racional
7. Farmacovigilancia

- iii. *Elaborar un sistema de mejora continua para la gestión de recursos físicos y tecnológicos.* Dentro de la pauta de acreditación en calidad institucional, existen los ámbitos asociados a la seguridad del equipamiento e instalaciones. Si bien, existen algunos lineamientos que emanan de la dirección del SSC al respecto, es necesario que el establecimiento avance hacia el desarrollo de un sistema propio que permita consolidar, formalizar y difundir de manera transversal los criterios de priorización en cuanto equipamiento e infraestructura necesarios para la correcta entrega de prestaciones de salud a la población. Para ello, se propone un diseño adaptado del “Ciclo de mejoramiento continuo de la calidad” de Deming, el cual define los siguientes cuatro pasos: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar. La adaptación propone un ciclo que considere: Diagnóstico, Diseño, Ejecución y Evaluación.

A continuación, se desarrolla una breve descripción de los objetivos y alcances de cada etapa:

- Diagnóstico: En esta etapa se debe realizar un examen a la situación actual de los equipos e infraestructura existente y de los requerimientos asociados a cerrar las brechas de funcionamiento. Deben estar definidos los responsables del levantamiento de la información de la Subdirección Administrativa y de los responsables de informar las propuestas de solución, que podrían ser los jefes y/o encargados de cada unidad.
- Diseño: Definir un plan de equipamiento e infraestructura que entregue respuesta a cada una de las propuestas de requerimiento basado en criterios imparciales de priorización. Se puede definir una planificación trienal que pueda ser presentada al SSC con la finalidad de involucrar hacia un esfuerzo conjunto el éxito del plan. Por último, el diseño debe contener los controles suficientes de manera que se pueda ir verificando su ejecución.
- Ejecución: Implementación de las actividades aprobadas anualmente según disponibilidad presupuestaria.
- Evaluación: Corresponde al análisis de los resultados obtenidos según los mecanismos de control diseñados y determinación de brechas de acuerdo con lo planificado.

Capítulo IX: Esquema de Incentivos

Hasta el momento, el informe da cuenta del resultado que arrojó el análisis estratégico, definiendo que la estrategia genérica de Diferenciación es la más adecuada de emprender tomando en cuenta el actual contexto por el cual atraviesa el centro de salud. Este examen facilitó la definición de una propuesta de valor que el establecimiento declara a sus usuarios. Con toda la información desarrollada y definiciones propuestas, se han diseñado una serie de herramientas de control de gestión que permitan implementar la estrategia con un horizonte de tiempo hasta el año 2020.

Sin embargo, una correcta implementación debe hacerse cargo de motivar extrínseca e intrínsecamente a los trabajadores a través de la obtención de recompensas que premien el cumplimiento de los objetivos y metas definidas que posibiliten al CVMF cumplir su propuesta de valor. Es por ello, que este capítulo aborda el desarrollo de un esquema de incentivos que complemente la metodología de alineamiento organizacional vista en el capítulo anterior.

9.1. La motivación como complemento del alineamiento organizacional

Es posible lograr la implementación de una estrategia a través de un sistema de control de gestión como el que se ha construido a lo largo de este proyecto, un sistema alineado con la estrategia y desplegado en todas las direcciones del organigrama de la institución, con mediciones precisas y congruentes para cada uno de los objetivos. Sin embargo, el solo diseño del sistema no asegura a la institución el éxito de lograr encausar una estrategia sí, de quienes esperamos un desempeño acorde a las exigencias, no cuentan con los elementos de motivación necesarios que los involucre y comprometa en la obtención de resultados. Esta realidad es aún más relevante en instituciones que prestan servicios de salud, ya que el principal recurso son las personas, un intangible clave en el logro de los objetivos planteados, para quienes la motivación es un complemento clave en el alineamiento estratégico.

La motivación es aquel impulso compuesto por varios factores que inclinan a los seres humanos a realizar una acción elegida entre varias alternativas, siguiendo un determinado objetivo. Según Whetten y Cameron (2011), la motivación es el resultado del producto entre el deseo y el compromiso, los cuales relacionan de la siguiente forma:

“La motivación representa el *deseo* y el *compromiso* de un empleado para desempeñarse, y se manifiesta en un esfuerzo relacionado con el trabajo. Algunas personas desean realizar una actividad, pero se distraen o se desaniman con facilidad; es decir, tienen un gran deseo, pero poco compromiso. Otros, se esfuerzan trabajando y manifiestan una perseverancia impresionante, pero su trabajo carece de inspiración. Estas personas tienen un gran compromiso, pero poco deseo” (pág. 327).

La motivación ha sido estudiada desde hace muchos años por la psicología, sin embargo, desde los años 50 los estudios se han ido sistematizando, lo que ha dado lugar a una gran variedad de teorías sobre ella. Entre las distintas teorías de motivación, es posible destacar dos: Las teorías motivacionales de contenido o intrínsecas y las teorías motivacionales de procesos o extrínsecas.

– *Teoría Motivacional de Contenido o Intrínseca:*

Intenta explicar lo que impulsa la conducta en base a procesos internos. Entre las teorías más destacadas, dentro de este enfoque, se encuentran: La jerarquía de necesidades de Maslow, La teoría de motivación e higiene de Herzberg y La teoría de Mc Clelland sobre logro, afiliación y poder. La motivación intrínseca podría definirse como el auto-deseo de buscar cosas nuevas y retos nuevos, para analizar la capacidad de uno mismo, observar y adquirir más conocimiento. Está impulsado por un interés o placer por la tarea en sí misma, y reside en el individuo, en vez de depender de estímulos externos o el deseo de recompensa.

– *Teoría Motivacional de Proceso o Extrínseca:*

Centran su atención en mecanismos a través de los cuales se consigue la motivación, entre las variadas teorías destacan: El modelo de expectativas de Vroom, El modelo de equidad de Adams y El Modelo de la modificación de conducta de Skinner. La motivación extrínseca se genera por las influencias externas al individuo, entre las más comunes están las recompensas por demostrar un comportamiento o resultado deseado y, en su defecto, la consecuencia de un castigo. Este tipo de motivaciones son utilizadas para lograr resultados que un individuo no podría obtener de la sola motivación intrínseca. Todas las organizaciones tienen distintos objetivos y metas por alcanzar, y son los sistemas de control de gestión los responsables de lograr establecer las herramientas para que la organización encuentre la forma de reordenarse a sí misma y alcanzar las metas propuestas.

Una de las funciones más importantes de los sistemas de control es direccionar los esfuerzos de las personas para alcanzar las metas organizacionales. En estos sistemas, los esquemas de incentivo son, por excelencia, una poderosa herramienta para articular el comportamiento de los individuos. Lo anterior se sustenta en la errada creencia que la principal razón que motiva y mueve el desempeño en una organización debiera ser la renta mensual percibida, sin embargo, la evidencia demuestra que no todo trabajador que se incorpora a una organización negocia de acuerdo con sus expectativas, sino que un gran número lo hace porque cumple con el perfil, su situación financiera lo apremia, o sus intereses o carrera desarrollada no tiene como retribución la renta que desea. Por lo tanto, no se cumple, en la totalidad de las veces, que la renta percibida sea la principal motivación que un trabajador posee, problemática que ha sido abordada mediante el diseño de esquemas de incentivo. Sin embargo, implementar esquemas de incentivo que no estén alineados con los objetivos institucionales o alienarlos a objetivos, indicadores y metas mal planteados, puede generar un efecto no deseado en el comportamiento de las personas, fenómeno que en economía se conoce como “problema de agencia”, es decir, incentivar actuaciones del individuo que vayan en favor de intereses personales, en desmedro de los intereses de la organización.

En definitiva, para mover desempeños en una dirección, se debe dar atención a la forma en cómo los incentivos se relacionan con las metas del individuo. Caben en esta salvedad, la autodeterminación, la fijación de metas desafiantes y alcanzables, la autoeficacia, el reforzamiento, la equidad, la promoción, entre otras que pueden ser mencionadas.

9.2. Análisis del esquema de incentivos existente en el CVMF

El sistema de remuneraciones existente en la administración pública se encuentra normado por el Decreto Ley N° 249 del año 1973, el cual estableció una Escala única de sueldos (EUS) y determinó las asignaciones o remuneraciones adicionales evitando, de esta forma, cualquier tipo de distorsión y paralelismos entre servicios públicos. Sin embargo, en años posteriores, los legisladores se han visto en la necesidad de ir creando nuevas asignaciones, distorsionando el propósito inicial del decreto. Cabe mencionar, que poco después de la publicación del decreto fueron excluidas de su aplicación entidades como el Poder Judicial, Instituciones Fiscalizadoras, las Municipalidades, entre otras.

Según señala la Contraloría General de la República (2015), el sistema de remuneraciones del sector público, está construido sobre bases diferentes a las utilizadas en el sector privado, ya que tanto las asignaciones como los sueldos constituyen beneficios específicos, que el legislador regula y establece por ley en forma previa a la incorporación de un funcionario al sistema de salud público. Lo anterior representa una importante diferencia con el sector privado, ya que en éste las remuneraciones se pactan entre las partes tomando en consideración los servicios personales prestados. Esta situación descrita, representa una importante limitante al momento de construir esquemas de incentivo en la institución que es objeto de este proyecto.

Continuando con las directrices que establece la contraloría, las remuneraciones del sector público se pueden clasificar en: Remuneraciones permanentes, Remuneraciones eventuales o accidentales y Otros beneficios pecuniarios que no revisten naturaleza remuneratoria. Dentro de las Remuneraciones permanentes, existe una subclasificación definida como: Remuneraciones Generales, Asignaciones en atención a la importancia del cargo y Asignaciones vinculadas al cumplimiento de metas de gestión. Las dos primeras subclasificaciones, tienen un carácter fijo y permanente. Por lo tanto, para efectos del desarrollo de este proyecto y, en especial este capítulo, serán objeto de análisis aquellas asignaciones vinculadas al cumplimiento de metas de gestión, las cuales serán acotadas considerando como criterio su aplicación con el centro de salud y sus requisitos de obtención. De igual forma, para facilitar la metodología aplicada en este informe, se establece que, estas asignaciones, tendrán el tratamiento de “incentivos”.

En el Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández (CVMF) existen funcionarios pertenecientes a la ley médica 19.664, entre los que se encuentran profesionales Médicos, Odontólogos y Químico Farmacéuticos.

Mientras que el resto de profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares, están normados por el Estatuto Administrativo correspondiente a la Ley 18.834. A continuación, la Tabla 16 resume los incentivos, por cumplimiento de metas de gestión, que aplica a cada grupo de funcionarios.

Tabla 16: *Incentivos por desempeño vigentes en el Cesfam Dr Víctor Manuel Fernández*

Asignaciones por cumplimiento de metas de gestión funcionarios de la ley 19.664		
Asignación	Descripción y requisitos	Pago
Bonificación por desempeño individual	Se paga al 30% de los mejor evaluados en sus calificaciones. Se paga un 10% sobre la base de cálculo* para el 15% mejor evaluado y 5% para el restante 15%.	Julio y diciembre.
Bonificación por desempeño colectivo institucional	Asociado al cumplimiento de metas de desempeño suscritos con el Servicio de Salud respectivo. Se paga hasta un 10% del total anual de remuneraciones de acuerdo a la base de cálculo.	Una cuota en el año.
Asignaciones por cumplimiento de metas de gestión funcionarios de la ley 18.834		
Asignación	Descripción y requisitos	Pago
Asignación asociada al mejoramiento del trato a los usuarios de los servicios de salud	Obtener un mínimo del 65% o su equivalente, según instrumento de evaluación. Se paga de acuerdo a 3 tramos, dependiendo del lugar del ranking: Tramo 1 = \$ 295.451 (33% mejor evaluados) Tramo 2 = \$ 220.140 (33% siguiente del tramo 1) Tramo 3 = \$ 144.829 (34% siguiente al tramo 2)	Una cuota en el año.
Asignación de estímulo por experiencia y desempeño del funcionario del artículo 1° de la ley n° 19.490	Está asociado a las calificaciones de desempeño. Aplica para funcionarios en lista 1 (distinción) y lista 2 (buena). Se paga un 3,25 sobre la base de cálculo para el 33% mejor evaluado, un 2% al siguiente 34% de la lista y un 1,25% al restante, hasta completar el 100% de la lista.	Marzo, junio, septiembre y diciembre.
Asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. (Aplica solo a Técnicos, Administrativos y Auxiliares)	Tiene un componente base y uno variable. El <u>componente base</u> , se paga sin estar asociado a metas, corresponde 10% sobre base de cálculo para técnicos y 10,5% para administrativos y auxiliares. El <u>componente variable</u> , se paga según cumplimiento de metas sanitarias anuales, corresponde para los técnicos un 11% sobre base de cálculo para un =>90% de cumplimiento y un 5,5% para cumplimientos =>75% y <=89%. En el caso de los administrativos y auxiliares se paga un 11,5% sobre base de cálculo para un =>90% de cumplimiento y un 5,75% para cumplimientos =>75% y <=89%.	Marzo, junio, septiembre y diciembre.
Asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo. (Aplica solo a Profesionales)	Tiene un componente de acreditación y uno variable. El <u>componente de acreditación</u> , se paga entre un 4% y 6,5% sobre la base de cálculo en relación a los años de antigüedad para funcionarios aprobados en acreditación individual. El <u>componente variable</u> , se paga según cumplimiento de metas sanitarias anuales y mejoramiento de la atención de usuarios. Aplica en dos niveles: Nivel 1: un 7,5% sobre base de cálculo para un =>90% de cumplimiento de metas. Nivel 2: un 3,75% sobre base de cálculo para un =>75% y <=89% de cumplimiento de metas.	Marzo, junio, septiembre y diciembre.
(*) Nota: La Base de cálculo es variable dependiendo del incentivo o asignación y está compuesta por el Sueldo base (+) Asignaciones de carácter fijo y permanente .		

Fuente: Manual de Remuneraciones Sector Público de Salud. Ministerio de Salud. 2016 - Manual de Asignaciones Especiales por servicio Decreto Ley 249, de 1973. Contraloría General de la República. Año 2015.

De la tabla anterior, se desprende que los incentivos que tiene asociados el centro de salud son en su mayoría de tipo colectivos, mientras que los asociados a desempeño individual están subordinados a condiciones como las calificaciones y acreditación por capacitación. Sin embargo, están ausentes los incentivos por desempeño a quienes lideran los equipos de trabajo y tienen la responsabilidad de dar cumplimiento a los desafíos sanitarios. Esto trae como efecto, que no todos los involucrados ejecuten acciones esperadas en cuanto al desempeño que se espera por parte de la institución, algo que debiera modificarse, ya que no se logra establecer el aporte que individualmente entrega cada uno en el resultado de las metas. En el Anexo N° 5 de este proyecto, se puede apreciar uno de los convenios colectivos, denominado Compromisos de Gestión (COMGES), a los cuales se suscribe el centro de salud familiar.

9.3. Justificación de un nuevo esquema de incentivos complementario

Del análisis del apartado anterior, surge la necesidad de crear incentivos que complementen el actual esquema existente en el centro de salud, los cuales, incorporen las herramientas de control propuestas y converjan en direccionar los esfuerzos para la consecución de objetivos estratégicos planteados en este proyecto. Sin embargo, antes de profundizar en el esquema de incentivos que complemente las herramientas de alineamiento para las subdirecciones, es necesario identificar la relación que existe entre los incentivos o asignaciones que actualmente dispone el centro de salud y el sistema de control desarrollado hasta el momento. En este sentido es preciso señalar, que la propuesta de herramientas de control como el mapa estratégico y cuadro de mando integral de este proyecto, tienen una relación directa con gran parte de los incentivos existentes. Tanto los objetivos de la perspectiva de usuarios y financiera exigen cumplimientos que recogen como recompensa los incentivos vistos en la Tabla 16. En este sentido, la Tabla 17, resume el vínculo que estos incentivos tienen con los objetivos del cuadro de mando institucional (CMI CVMF), y la influencia que tienen los objetivos del cuadro de mando de la Subdirección Clínica (CMI SC) y la Subdirección Administrativa (SA) para su logro.

Tabla 17: *Relación entre el Cuadro de Mando Integral y los incentivos existentes*

Persp.	Objetivo CMI CVMF	Indicador	Incentivos Funcionarios Ley 19.664	Incentivos Funcionarios Ley 18.834	Objetivo CMI SC	Objetivo CMI SA
FINANCIERA	Cumplir con los desafíos exigidos por el articulador de redes.	Grado de cumplimiento de los convenios de desempeño suscritos con el SSC (F.1)	Bonificación por desempeño colectivo institucional.	Asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo.	Cumplir con la ejecución presupuestaria de los convenios de salud.	Lograr una ejecución presupuestaria equilibrada.
				Asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo.		

Fuente: Elaboración propia.

Como se ha descrito anteriormente, los incentivos o asignaciones, como le llaman en el sector público, están basados en convenios suscritos entre el director del centro de salud y el SSC. Estos convenios tienen un financiamiento específico, cuyas remesas están sujetas al cumplimiento de indicadores sanitarios, por lo que no resulta extraño que la relación apreciada en la Tabla 17 entre las asignaciones existentes y los objetivos propuestos, se encuentren en la perspectiva financiera del CMI.

Sin embargo, el mapa estratégico propuesto evidencia que el cumplimiento del objetivo de “Mejorar la salud de los usuarios”, perteneciente a la perspectiva del usuario, contribuye como causante de efectos esperados en la perspectiva financiera. Por lo tanto, tomando en cuenta las limitaciones que ofrece el sistema de remuneraciones del sector público, surge la necesidad de diseñar un esquema de incentivo complementario que motive, en forma individual, a quienes lideran los distintos equipos de trabajo, comenzando por el segundo nivel jerárquico, para asumir objetivos desafiantes que impulsen y articulen las unidades funcionales.

9.4. Esquema de Incentivos propuesto para el segundo nivel jerárquico

El punto anterior, ha permitido establecer una conexión entre los incentivos pecuniarios existentes y el CMI institucional, aquello presta una utilidad de base para continuar con el desarrollo del alineamiento a través de un esquema de incentivos para el segundo nivel jerárquico del centro de salud. Para ello, se han tomado como referencia los cuadros de mando de cada subdirección, en los cuales figura la perspectiva, el objetivo, sus indicadores y metas a los cuales se les asignará incentivos de acuerdo a una serie de criterios.

Como primer criterio, se seleccionaron aquellos objetivos de cada subdirección que son causantes del efecto esperado en objetivos estratégicos del CMI institucional. Un segundo criterio, fue considerar aquellos objetivos que son propios de cada subdirector(a) como responsables de su control y cumplimiento, ya que la propuesta considera establecer recompensas para quien encabeza la subdirección respectiva. Un tercer criterio, dice relación con el método para evaluar y asignar el incentivo, en este caso se utilizó un método de ***Incentivos Escalonados***, es decir, parten de una meta o línea base del 80% del cumplimiento de la meta, el cual, no tiene asociado incentivos. Sin embargo, la recompensa parte en forma escalonada al cumplir el 90% y el 100% de la meta fijada para cada objetivo. No obstante, es importante señalar que algunos indicadores tienen metas escalonadas que quedaron a juicio del autor de este proyecto como: “Rendimiento de atenciones médicas” en el caso de la subdirección clínica y “Nivel de ejecución del gasto en bienes y servicios de consumo” para la subdirección administrativa. Por último, un cuarto criterio de diseño, corresponde a la entrega del premio o incentivo, para este caso se utilizó el método de ***Pagos Horizontales*** (Caprile, 2016). En el esquema propuesto, serán horizontales los premios cuando el requisito para obtener el pago esté sujeto al cumplimiento de más de un objetivo, por ejemplo:

- En el caso del esquema para el CMI SC.
Para obtener un descanso compensatorio equivalente a una jornada laboral y un 10% de los fondos de Mejoramiento del Entorno Laboral (MEL), la subdirección clínica tiene que cumplir 3 objetivos de su cuadro de mando al 90% de la meta por cada uno de ellos. A su vez, el cumplimiento de estos objetivos al 100%, le otorga 2 jornadas de descanso y un 25% de los recursos MEL para la propuesta de un proyecto. El ejemplo anterior, combina la asignación por método escalonado y de pago horizontal.

Las Tablas 18 y 19, a continuación, presentan los esquemas propuestos en este proyecto y que recogen gran parte de los objetivos planteados en el cuadro de mando para las subdirecciones. Los incentivos se han ido agrupando por perspectiva e incrementándose de acuerdo al nivel de cumplimiento que se obtenga de la meta fijada, subdividida logros de un 90% y 100% de la meta. Seguidamente, se describen cada uno de los incentivos propuestos para este esquema, los cuales forman parte de los motivadores intrínsecos, que influyen en factores psicológicos y sociales de las personas:

i. *Anotación de mérito:*

El artículo 42 de la Ley 18.834 que norma el Estatuto Administrativo, define la anotación de mérito, como "... aquellas destinadas a dejar constancia de cualquier acción del empleado que implique una conducta o desempeño funcionario destacado". Este antecedente queda anotado en la hoja de vida del funcionario(a) público, el cual, representa un antecedente valorado al momento de solicitar aumentos de grado, capacitaciones, atenuante ante la junta calificadora, entre otras consideraciones.

ii. *Diploma de Reconocimiento:*

El diploma será entregado al subdirector(a) que se ha destacado en contribuir al logro de los objetivos. El reconocimiento sería entregado cada año en la cuenta pública que realiza el director en el mes de marzo de cada año. Una copia será para el funcionario(a) en la ceremonia y otra copia será instalada en el auditorio de la institución.

iii. *Aporte para perfeccionamiento:*

Se trata de fondos de capacitación que tienen el carácter de beca para apoyar actividades de diplomado. Se propone que estos sean entregados en base al cumplimiento de objetivos, evitando los métodos discrecionales.

iv. *Fondos MEL:*

Todos los años, son entregados, a través de un convenio, fondos para el Mejoramiento del Entorno Laboral (MEL). Estos fondos pueden ser utilizados en base a iniciativas que ayuden a mejorar la calidad de los espacios de oficinas como, por ejemplo, una ampliación, reacondicionamiento, compra de equipamiento para uso común, entre otros. Solo es restrictivo para la compra de materiales de uso personal como, por ejemplo, un uniforme. Se propone destinar un 50% de este fondo para premiar el logro de objetivos.

v. *Descanso compensatorio:*

Una de las recompensas, no monetarias, más influyentes en cuanto a motivación, es cuando el trabajador dispone de mayor cantidad de tiempo libre. Para ello se propone premiar con descanso compensatorio a los trabajadores que cumplan con los objetivos de proceso definidos en las unidades, como una manera de premiar el esfuerzo entregado. El descanso compensatorio se denomina como “descanso complementario” en el Estatuto Administrativo, el cual, según el artículo 68, es una de las formas de retribuir el trabajo de horas extraordinarias y puede ser fraccionado por hora.

Tabla 18: Esquema de Incentivos propuesto para la Subdirección Clínica

Pp.	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Cumplimiento de la meta al:			Incentivo según cumplimiento	
					80%	90%	100%	Logro al 90%	Logro al 100%
USUARIO	Mejorar la salud de los usuarios	Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica compensados según patología	(N° de pacientes crónicos compensados según patología en el periodo t / Población inscrita con patología crónica durante el periodo t) * 100	≥ 85%	≥ 68%	≥ 77%	≥ 85%	- 10% de los fondos MEL para propuesta de la Subdirección.	- 25% de los fondos MEL para propuesta de la Subdirección.
FINANCIERA	Cumplir con la ejecución presupuestaria de los convenios de salud	Nivel de ejecución del gasto por convenio de salud	(Monto ejecutado por convenio de salud durante el periodo t / Presupuesto asignado por convenio de salud durante el periodo t) * 100	100%	≥ 80%	≥ 90%	> 95% y ≤ 100%	- 1 Jornada de descanso compensatorio.	- 2 Jornadas de descanso compensatorio.
PROCESOS INTERNOS	Fortalecer el sistema de registro clínico de los usuarios	Nivel de avance en fichas electrónicas	(N° de usuarios inscritos con ficha electrónica vigente durante el periodo t / N° de usuarios inscritos al periodo t) * 100	≥ 90%	≥ 72%	≥ 81%	≥ 90%	- Apoyo financiero para diplomado por \$100.000.-	- Diploma por desempeño destacado en cuenta pública. - Anotación de mérito en la hoja de vida.
	Mejorar la eficiencia en la utilización de recursos	Porcentaje de consultas canceladas no programadas con 24 horas de anticipación	(N° de consultas canceladas, no programadas con 24 horas de anticipación durante el periodo t / Total de horas canceladas durante el periodo t) * 100	< 2%	≤ 2,4%	≤ 2,2%	< 2%		

Fuente: Elaboración Propia. (Continúa en la página siguiente)

Pp.	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Cumplimiento de la meta al:			Incentivo según cumplimiento	
					80%	90%	100%	Logro al 90%	Logro al 100%
PROCESOS INTERNOS	Mejorar la eficiencia en la utilización de recursos	Rendimiento de atenciones de médicas por hora	N° de consultas y controles efectuados durante el periodo t / dotación total de horas médicas disponibles durante el periodo t	Promedio de 4 (at./hr.)	< 3 ó > 5	>= 3 y <= 3,5 ó <= 5 y >= 4,5	4	- 1 Jornada de descanso compensatorio.	- Apoyo financiero para diplomado por \$200.000.- - 2 Jornadas de descanso compensatorio.
	Gestionar la programación con eficacia	Porcentaje de cumplimiento de la programación de salud	(N° de actividades ejecutadas por programa durante el periodo t / N° de actividades programadas para el periodo t) * 10	>= 95%	>= 76%	>= 86%	>= 95%		
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fomentar el compromiso del recurso humano	Porcentaje de incapacidad por ausentismo	(N° de horas de ausentismo por licencia médica durante el periodo t / Dotación total de horas médicas durante el periodo t) * 100	<= 15%	<= 18%	<= 16,5%	<= 15%	- 1 Jornada de descanso compensatorio.	- 2 Jornadas de descanso compensatorio.

Tabla 18: (Continuación)

Tabla 19: Esquema de Incentivos propuesto para la Subdirección Administrativa

Pp.	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Cumplimiento de la meta al:			Incentivo según cumplimiento	
					80%	90%	100%	Logro al 90%	Logro al 100%
CLIENTE INTERNO	Disponer de bienes y servicios clínicos que fortalezcan la capacidad resolutive	Porcentaje de cumplimiento en el despacho de insumos clínicos y fármacos	(N° de requerimientos despachados completamente a las unidades clínicas dentro del periodo t / N° total de requerimientos solicitados por las unidades clínicas en el periodo t) * 100	100%	>= 80%	>= 90%	100%	- Apoyo financiero para diplomado por \$100.000.- - 1 Jornada de descanso compensatorio.	- Diploma por desempeño destacado en cuenta pública. - Anotación de mérito en la hoja de vida. - Apoyo financiero para diplomado por \$200.000.- - 2 Jornadas de descanso compensatorio.
		Nivel de cobertura en servicios clínicos externos	(N° de servicios clínicos externos con convenio vigente durante el periodo t / N° de servicios clínicos externos programados para el periodo t) * 100	100%	>= 80%	>= 90%	100%		
FINANCIERA	Contribuir al logro de una ejecución presupuestaria equilibrada	Nivel de Ejecución del Gasto en Bs y Ss de Consumo	(Gasto ejecutado en bs. y ss. de consumo durante el periodo t / Presupuesto vigente en bs. y ss. de consumo para el periodo t) * 100	Entre 95% y 100%	Entre 90% y <= 95%	Entre 95% y <= 97%	Entre 97% y 100%		
PROCESOS INTERNOS	Gestionar el pago oportunamente	Porcentaje de facturas pagadas antes de 30 días	(N° de facturas pagadas antes de 30 días durante el periodo t / N° total de facturas canceladas durante el periodo t) * 100	>= 95%	>= 76%	>= 86%	>= 95%	- 10% de los fondos MEL para propuesta de la Subdirección. <i>(Incentivo continúa en la página siguiente)</i>	- 25% de los fondos MEL para propuesta de la Subdirección. <i>(Incentivo continúa en la página siguiente)</i>
	Gestionar el suministro con eficacia	Índice de cobertura del arsenal clínico entre 60 y 90 días	(Cantidad de arsenal clínico con stock 60-90 días en el periodo t / Total de arsenal clínico en el periodo t) * 100%	100%	>= 80%	>= 90%	100%		

Fuente: Elaboración Propia. (Continúa en la página siguiente)

Pp.	Objetivo	Nombre del indicador	Métrica	Meta	Cumplimiento de la meta al:			Incentivo según cumplimiento	
					80%	90%	100%	Logro al 90%	Logro al 100%
PROCESOS INTERNOS	Privilegiar mecanismos de compra eficientes	Porcentaje de compras a través de convenios de suministro	(N° de órdenes de compra emitidas a través de convenios durante el periodo t / N° total de órdenes de compra emitidas en el periodo t) *100	>= 90%	>= 72%	>= 81%	>= 90%	- 1 Jornada de descanso compensatorio.	- 2 Jornadas de descanso compensatorio.
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fomentar el desarrollo de competencias en compras públicas	Nivel de acreditación vigente en compras públicas	(N° de funcionarios de las unidades de contabilidad y abastecimiento con acreditación vigente en el periodo t / Dotación total de funcionarios de las unidades de contabilidad y abastecimiento durante el periodo t) * 100	100%	>= 80%	>= 90%	100%	- 1 Jornada de descanso compensatorio.	- 2 Jornada de descanso compensatorio.

Tabla 19: (Continuación)

Conclusiones

Sin duda, la salud es una de las principales preocupaciones de la población y Chile se destaca en la región por tener indicadores epidemiológicos básicos como: Esperanza de vida al nacer, Tasas de mortalidad infantil, Tasas de natalidad, entre otros; que se encuentran a la par de las economías más desarrolladas en el mundo. De hecho, ha contribuido en una de las dimensiones que ubican a Chile con un índice de desarrollo humano por sobre los países de la región. Sin embargo, Chile es también una de las economías más desiguales en cuanto a distribución del ingreso, lo que, sumado a un sistema de salud mixto, compuesto por prestadores públicos y privados ha dado como resultado que una gran parte de la población solo pueda acceder al sistema público de salud. Este contexto, ha evidenciado profundos problemas de inequidad en el acceso y oportunidad en un servicio esencial.

La gran reforma de la salud implementada desde el año 2005 abordó esta situación con la introducción de garantías explícitas en algunas patologías de alto costo y comunes en la sociedad. Lo anterior, fue acompañado de una reestructuración del Sistema Nacional de Salud. Este proceso obligó a implementar sistemas de gestión de mayor sofisticación, entre los cuales se introdujo el concepto de “Autogestión” para hospitales de mayor complejidad, creando Centros de Responsabilidad e introduciendo herramientas de control que permitieran ir midiendo los desempeños. Sin embargo, este proceso no ha avanzado a los otros niveles.

Por ello, este informe abordó a uno de los establecimientos del nivel primario de salud con características particulares, las cuales fueron determinantes para llevar adelante el proyecto, el cual contempló metodologías que no fue posible encontrar en otro Cesfam del país. De acuerdo con la metodología propuesta en el proyecto fue posible obtener un diagnóstico de la actual situación por la cual atraviesa el establecimiento y su rol dentro de la red asistencial en la contribución de entregar a la población un servicio que mejore su calidad de vida. Junto a lo anterior, a lo largo de este informe, se desarrollaron una serie de metodologías que permitieron dar con la propuesta de una estrategia diferenciadora que permita transformar al establecimiento en un referente de la gestión de salud primaria. En este orden de ideas, a continuación, se describen las principales conclusiones obtenidas y recomendaciones propuestas.

La planificación estratégica ayuda a decidir dónde debe estar puesto el foco.

Las particularidades de este establecimiento de salud le dan una serie de recursos distintivos que le permitirían desarrollar desempeños sobresalientes, sin embargo, es necesario abordar previamente una planificación que permita ordenar y alinear los esfuerzos en una dirección estratégica que involucre a todos los grupos de interés de la organización.

El trabajo que actualmente realiza el establecimiento, así como la mayoría de los establecimientos públicos del país, tiene un enfoque en la eficacia, es decir, se ejecutan actividades que implican dar cobertura en prestaciones de salud a la población, sin embargo, esta rutina de “hacer por hacer” carece de una mirada en los resultados que se espera impacten en mejorar la salud de la población. Lo anterior, queda de manifiesto en los diferentes programas que el Minsal implementa a través de convenios asociados a recursos y cumplimiento de actividades año tras año. Lo mismo ocurre al ver los convenios de desempeño asociados a los incentivos. En definitiva, el establecimiento tiene una cultura dominante en realizar actividades sin considerar si estas tienen un real impacto en crear valor a la población objetivo.

Por lo tanto, la propuesta del sistema de control estratégico tiene dentro de sus ejes orientar a la institución colocando el foco en los usuarios, comenzando por fomentar una nueva cultura que les entregue a los funcionarios un sentido y motivación a las actividades que desarrollan día a día. En este sentido, declarar una misión, visión y valores compartidos, delimitan un margen de acción sobre cómo la institución espera que sus funcionarios desarrollen sus actividades.

Ser los más Resolutivos.

El extenso análisis estratégico desarrollado en este proyecto, con una amplia mirada a los aspectos extrínsecos e intrínsecos, en los cuales está inserto el Cesfam, de acuerdo a la coyuntura que vive actualmente el sistema de salud público del país, con largas listas de espera para acceder a consultas de especialidad, urgencias de hospitales repletas de pacientes con tiempos de espera excesivos a problemas de salud que pueden ser resueltos en el nivel primario, los altos costos que involucran las prestaciones en los niveles secundario y terciario, dieron cuenta de un escenario favorable para que el establecimiento tenga a la resolutividad como uno de sus ejes estratégicos centrales. De acuerdo con el desarrollo de la estrategia, fue posible llegar a la convicción que el establecimiento cuenta con recursos y capacidades que le permitirían obtener resultados sobresalientes en entregar mayor resolutividad a la población.

Para ello es necesario coordinar e impulsar iniciativas asociadas en las perspectivas de aprendizaje y crecimiento y procesos internos. Aprovechar el vínculo directo con el Servicio de Salud, presentando proyectos concretos para la incorporación de tecnología que les permita fortalecer la capacidad diagnóstica de los profesionales de la salud.

Alcanzar la Excelencia.

Con la clara conciencia que el establecimiento requiere de recursos en infraestructura para lograr los estándares que exigen la autoridad sanitaria y la superintendencia de salud, es posible, mediante un trabajo coordinado desarrollar iniciativas que eleven al establecimiento en lograr la excelencia en gestión.

Los objetivos estratégicos desarrollados en el mapa estratégico y la necesidad de operacionalizarlos a través del cuadro de mando integral, permitió idear algunas propuestas como: la creación de una unidad de calidad y mejora continua, implementar sistemas de control para la gestión, implementar un plan de desarrollo en cultura organizacional, constituyen elementos que direccionan los pasos al logro de este objetivo.

Medir para poder gestionar.

Para un establecimiento de salud como CVMF que cuenta con una de las poblaciones asignadas más grandes entre los establecimientos dependientes de los SSNS y de la APS comunal, que recientemente ha incorporado una nueva infraestructura para brindar atenciones de urgencia de alta resolutiveidad, debe necesariamente contar con un sistema de control de la gestión, formulado a través del cuadro de mando integral, que le permita direccionar los desempeños y controlarlos a través de indicadores, desarrollando alertas tempranas para gestionar acciones que le permitan anticipar y revertir un bajo desempeño que ponga en riesgo el cumplimiento de los objetivos y la estrategia. Lo anterior, tiene un impacto en la cultura de la organización, fomentando la evaluación del trabajo en base a desempeños mesurables objetivos.

Fomentar asociaciones clave.

Muchas de las iniciativas propuestas requieren de un liderazgo que convoque a actores clave en el proceso de alcanzar los objetivos estratégicos que den confianza en implementar la estrategia. En primer lugar, están las asociaciones gremiales, quienes deben tener un espacio de participación para validar el proceso y ganar su apoyo, con la finalidad de disminuir la ansiedad que genera en los trabajadores un cambio importante en la forma de hacer las cosas. Por otra parte, el establecimiento debe continuar fomentando la relación de vínculo con el mundo académico que ofrecen los campos clínicos, ya que muchas de las iniciativas propuestas pueden ser desarrolladas con la participación de las universidades.

Fortalecer el modelo de salud familiar.

El establecimiento debe profundizar el modelo de salud familiar, el cual tiene entre su esencia en el modelo biopsicosocial a través de la promoción y prevención. Sin embargo, actualmente las actividades que apuntan a estos objetivos tienen un bajo impacto, ya que la estructura organizacional del establecimiento tiene una clara orientación al modelo biomédico. Como alternativa para fortalecer el modelo se requiere hacer una reestructuración organizacional, creando una nueva subdirección encargada de estos objetivos, incorporándola al sistema de control propuesto que permita medir resultados concretos por medio de iniciativas a cargo de una subdirección responsable que dé cuenta de los logros.

Bibliografía

Libros

Harrington, H. (1991). *Business Process Improvement: The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity, and Competitiveness*. McGraw-Hill Education, Michigan.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2009). *El Cuadro de Mando Integral*. Grupo Planeta, Barcelona.

Kaplan, R., & Norton, D. (2004). *Mapas Estratégicos: Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Grupo Planeta, Barcelona.

Kaplan R. y Norton D. (2010). *The Execution Premium: Integrando la estrategia y las operaciones para lograr ventajas competitivas*. Editorial Planeta Colombiana S.A., Bogotá.

Luthans, F. (2008). *Comportamiento organizacional*. McGraw-Hill, México.

Niven, P. R. (2003). *El cuadro de mando integral paso a paso: maximizar la gestión y mantener los resultados*. Ediciones Gestión 2000 S.A., Barcelona.

Osterwalder A. & Pigneur Y. (2016). *Generación de Modelos de Negocio. 14a Edición*. Editorial Planeta Colombiana S.A., Bogotá.

Pucheu, A. (2012). *Desarrollo y eficacia organizacional: Cómo apoyar la creación de capacidades en individuos, grupos y organizaciones*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Comportamiento Organizacional*. PEARSON, México.

Simons, R. (1998). *Palancas de control: Cómo usan los gerentes sistemas novedosos de control para conducir la renovación estratégica*. Temas Grupo Editorial, Buenos Aires.

Thompson, A. A., Peteraf, M. A., Gamble, J. E., & Strickland III, A. J. (2012). *Administración Estratégica: Teoría y casos*. McGraw-Hill, México.

Whetten, D., & Cameron, K. (2011). *Desarrollo de Habilidades Directivas. Octava Edición*. Pearson Educación, México.

Artículos de revistas

Cancino, C. (2012). “Matriz de análisis FODA Cuantitativo”. *Apuntes de clases del Magíster en Control de Gestión*. Santiago, Chile: Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile.

Casorzo, F. (2008). “Memoria de la Salud en Chile: Un patrimonio a reconocer y preservar”. *Patrimonio Cultural N° 48*, 24-25. Santiago.

Caprile, A. (Julio de 2016). “Enterprise Performance Management (EPM)”. *Apuntes de clases del Magister en Control de Gestión*. Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile. Santiago.

Cortés, A., & Ridley, I., (2013). “Efectos de la combustión a leña en la calidad del aire intradomiciliario. La ciudad de Temuco como caso de estudio”. *Revista INVI de la Universidad de Chile*, 257-271. Santiago.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2010. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol 14, 238-270.

Kotter, J. P. (2005). “Liderar un cambio: por qué fracasan los intentos de transformación”. *Lo mejor de Harvard Business Review*. *Las Pruebas del Lider.*, pp. 83-90.

Montero, J., Téllez, A., & Herrera, C. (2010). “Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos”. *Centro de Políticas Públicas UC*, pp. 3-13.

Neriz, L. (2015). Herramientas de Control. *Apuntes de clases del Magíster en Control de Gestión*. Santiago, Chile: Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile.

Porter, M. E. (Diciembre 2011). “¿Qué es la estrategia?”. *Harvard Business Review*, pp. 100-117.

Ricart J. E. (2009). “Modelo de Negocio: El eslabón perdido en la dirección estratégica”. *Universia Business Review*, pp. 12-25.

Periódicos

De Saint Pierre D. & Jiménez A. “La Salud en Chile, más allá del negocio. Más viejos y con más enfermedades crónicas: el nuevo perfil epidemiológico chileno que desborda el sistema de salud”. *Centro de Investigación Periodística, Ciper*. (30 de Agosto de 2013).

Documentos Públicos

Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda de Chile, 2013, Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. “Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales. 2013-2050”. Santiago.

Centro de Estudios Públicos, 2017. “Estudio Nacional de Opinión Pública N° 79, Abril-Mayo 2017”. Santiago.

Clínicas de Chile A. G., 2014. “Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile”. Santiago.

Contraloría General de la República, 2015. “Manual de Remuneraciones: Escala Única de Sueldos. Decreto Ley N° 249, de 1973”. Santiago.

Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda de Chile, 2016. “Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 2006-2015”. Santiago.

Fundación Chile 2016. “Chile Saludable, volumen 5: Oportunidades y desafíos de Innovación para el aumento del consumo de productos del mar”. Santiago.

Grupo GfK Adimark. 2017. “Evaluación gestión del gobierno, Julio 2017”. Santiago.

Ministerio de Salud de Chile, 2011. “Estrategia Nacional de Salud: Para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”. Santiago.

Ministerio de Salud de Chile, 2016. “Brechas de personal de salud por servicio de salud”. Santiago.

Servicio de Salud Concepción, 2015. “Planificación Estratégica Servicio de Salud Concepción 2015-2018”. Concepción, Chile.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile, 2016. “Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud”. Santiago.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile, 2008. “En el camino a Centro de Salud Familiar”. Santiago.

Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales. Instituto de Sociología (ISUC). Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015. “Estudio de medición y aplicación del instrumento de evaluación-encuesta sobre el mejoramiento de la calidad de trato a los usuarios en los establecimientos de atención primaria municipal, y en los establecimientos dependientes de los servicios de salud”. Santiago.

Leyes

Decreto Ley N° 2763, Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública, Chile. Promulgada 11/07/1979. Última versión 03/09/2004.

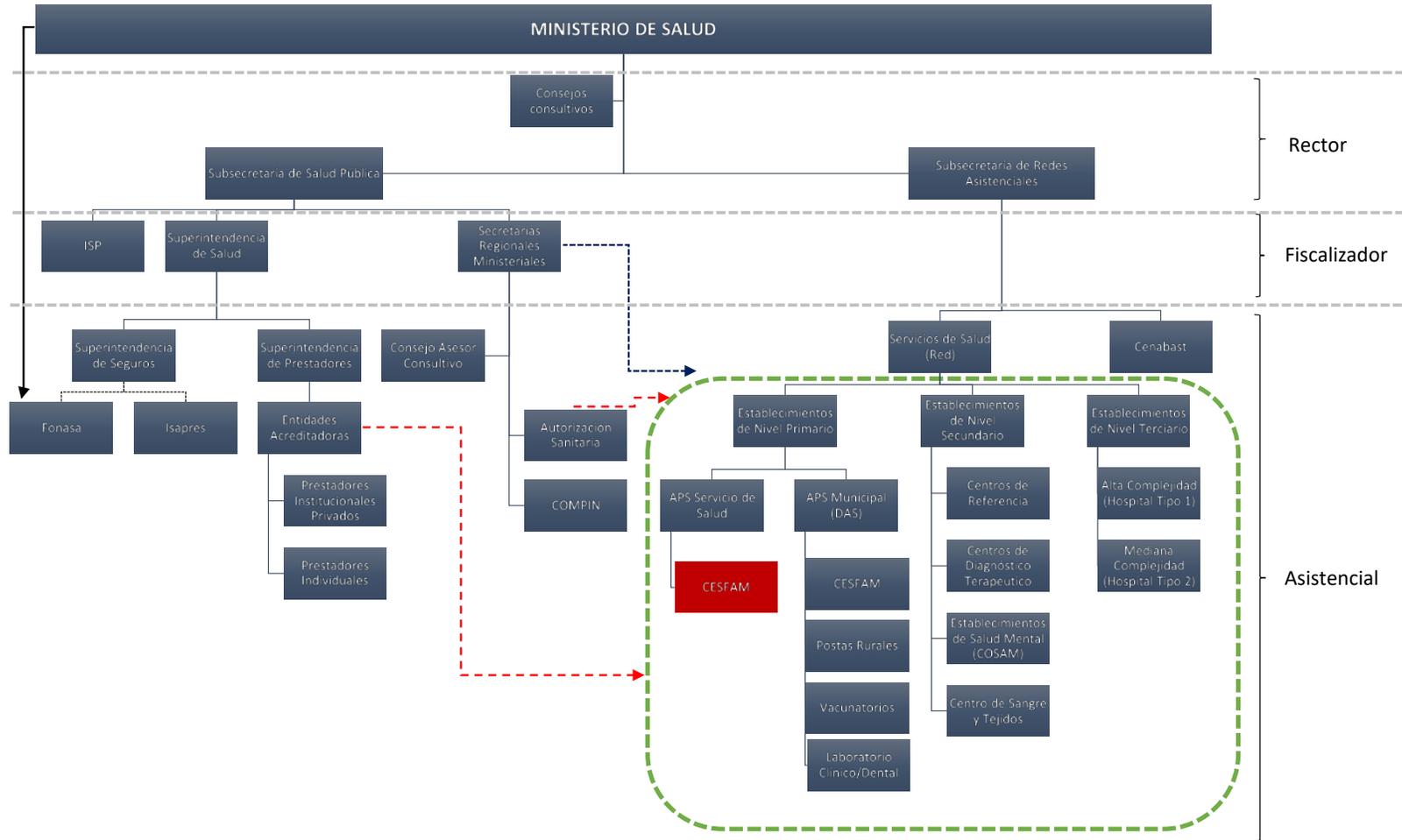
Ley N° 18.933, Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el decreto con fuerza de ley n° 3, de salud, de 1981. Ministerio de Salud, Chile. Promulgada 12/02/1990. Última versión 17/05/2005.

Ley N° 18.469, Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Ministerio de Salud, Chile. Promulgada 14/11/1985. Última versión 03/09/2004.

Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Ministerio del Interior; Subsecretaría del Interior, Chile. Promulgada 12/11/1986. Última versión 22/06/2000.

Anexos

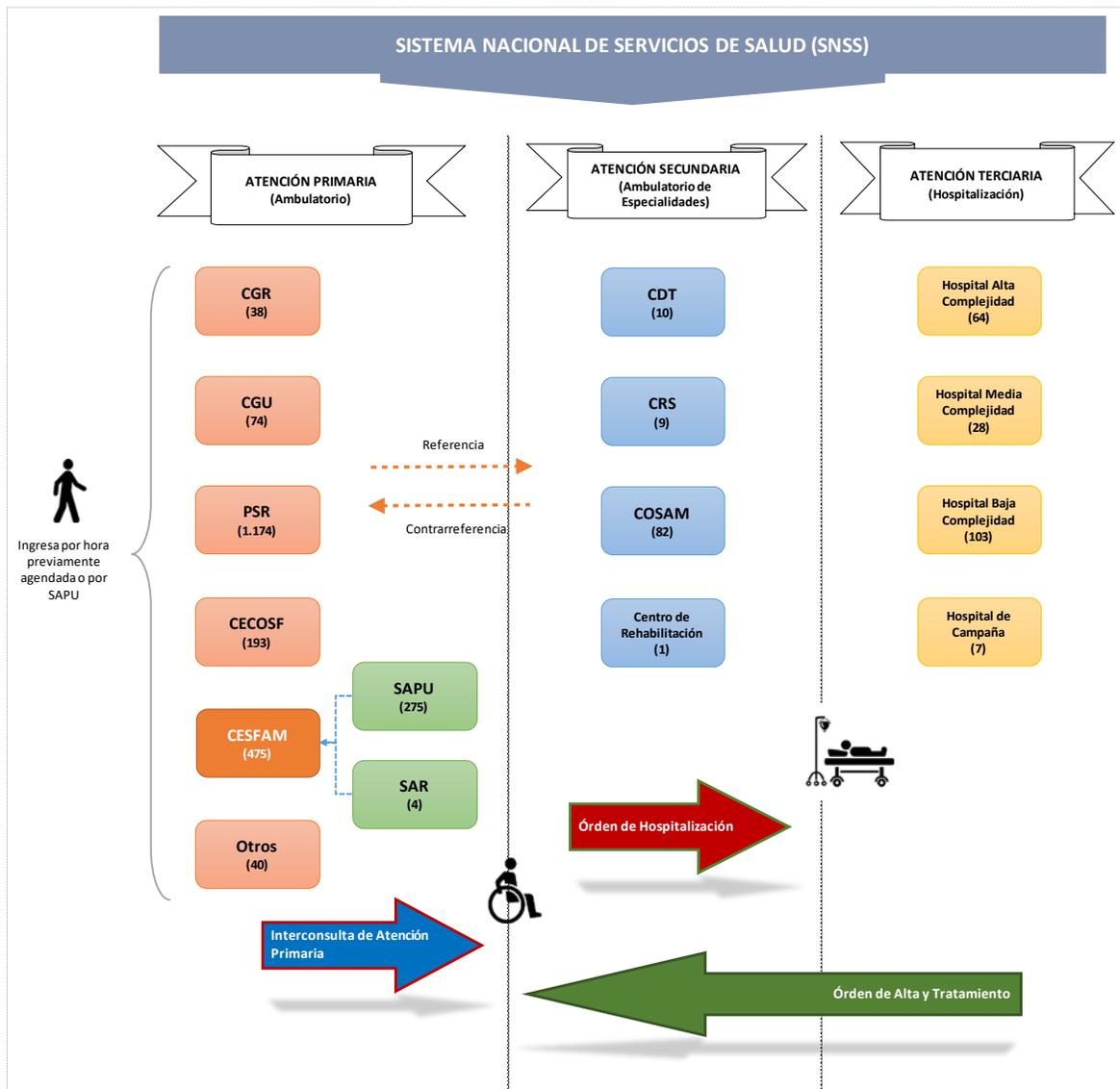
Anexo N° 1: “Sistema de Salud Actual en Chile”



Anexo N° 2: “Mapa del Sector al que presta servicios el CVMF”



Anexo N° 3: “Funcionamiento de la Red Asistencial de Salud en Chile”



Nota: A continuación, se describen cada una de las siglas que muestra la ilustración del anexo 3.

CGR: Consultorio General Rural; **CGU:** Consultorio General Urbano; **PSR:** Posta Rural Urbana; **CECOSF:** Centro Comunitario de Salud Familiar; **CESFAM:** Centro de Salud Familiar; **Otros:** Clínica Dental Móvil, Vacunatorio y Puesto de Atención Médica Especializada; **SAPU:** Servicio de Atención Primaria de Urgencia; **SAR:** Servicio de Alta Resolutividad; **CDT:** Centro de Diagnóstico Terapéutico; **CRS:** Centro de Referencia de Salud; **COSAM:** Consultorio de Salud Mental.

Fuente: Elaboración propia, en base a datos obtenidos de DEIS (2017)

Anexo N° 4: “Encuesta de satisfacción usuaria”

La encuesta nacional de satisfacción usuaria de los establecimientos de salud pública es un instrumento, cuyos resultados permiten determinar la asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios, para cada uno de los establecimientos. Este incentivo se encuentra determinado por la Ley 20.646, publicada en diciembre del año 2012. Algunas de las características más importantes que la ley define para este incentivo son:

- a) Es una asignación para los funcionarios titulares o contrata pertenecientes a las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares.
- b) La aplicación del instrumento de evaluación se llevará a cabo anualmente por expertos externos a los servicios de salud. Servicios que son adquiridos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales mediante el proceso de compras públicas.
- c) Se aplica a una muestra representativa de usuarios mayores de 15 años que hayan recibido atención en el establecimiento durante el periodo.
- d) La asignación tiene tres tramos. Corresponden al Tramo 1, el 33% de establecimientos con los mejores resultados del proceso, con una asignación anual de \$ 255.000.- En Tramo 2, corresponde al siguiente 33% de establecimientos del ranking, quienes reciben una asignación de \$ 190.000.- Por último, el Tramo 3, corresponde al restante 34% de establecimientos del listado, cuya asignación anual alcanzaría los \$ 125.000.-
- e) Aquellos establecimientos administradores, como las direcciones de los servicios de salud y las direcciones de salud de los municipios, tendrán un orden decreciente según el puntaje promedio logrado por los establecimientos de su dependencia.
- f) Para acceder al beneficio, los establecimientos deberán alcanzar en el instrumento de evaluación, a lo menos, un 65% o su equivalente.
- g) El pago de la asignación será en una sola cuota a más tardar el día 30 de noviembre de cada año.

De acuerdo con la última información disponible, la encuesta de satisfacción del año 2015³² constaba de una serie de preguntas con notas de 1 a 7, distribuidas según el tipo de establecimiento, que para este instrumento se clasificaron en: Establecimientos APS y Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Este último caso, los establecimientos dependientes se sub clasificaron en Alta, Mediana y Baja Complejidad. El detalle de las preguntas se puede observar en la tabla al final de este Anexo.

El resultado de la evaluación consideró a 1.808 establecimientos de la APS Municipal y 220 establecimientos dependientes de los SS (compuesto por 64 establecimientos de alta complejidad, 33 de mediana complejidad y 126 de baja complejidad). El Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández fue evaluado dentro del grupo de los establecimientos de baja

³² Informe Final: “Estudio de medición y aplicación del instrumento de evaluación-encuesta sobre el mejoramiento de la calidad de trato a los usuarios en los establecimientos de atención primaria municipal, y en los establecimientos dependientes de los servicios de salud”. Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales, Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Católica (ISUC). 2015

complejidad, perteneciente a los SS, logrando una **nota promedio de 5,841**, quedando en el lugar 120 de 126 establecimientos de baja complejidad y, en consecuencia, dejándola en el tramo 3 de la asignación para el incentivo del año 2016.

En términos globales, el informe de la encuesta establece una nota promedio para los establecimientos APS según el servicio de salud al cual pertenecen, en este caso, para el SSC la nota fue de 6,540 promedio. El mismo análisis determinó que la nota promedio para los establecimientos dependientes de la DAS de Concepción fue de 6,488.

Por último, las notas promedio de los establecimientos pertenecientes a los SS, por nivel de complejidad, para el caso del SS Concepción, fueron los siguientes: Alta complejidad 6,64; Mediana complejidad 6,70; y Baja Complejidad 6,59. Lo anterior, en promedio le da una nota de 6,64.

Resultado de la Encuesta aplicada en el Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández y el promedio obtenido por los establecimientos pertenecientes al SSC del tipo CRS y APS

Preguntas consideradas en la encuesta	CVMF	SSC
5. La forma en que el personal de este establecimiento le saludó cuando llegó o cuando fue atendido/a	5,57	6,26
6. El vestuario y presentación del personal de este establecimiento, como por ejemplo el uniforme.	6,50	6,73
7. La identificación que porta el personal de este establecimiento para que usted fácilmente les pueda reconocer.	6,43	6,63
8. El cuidado y esmero con que le aplicaron los procedimientos (ejemplo: curación, toma de presión, inyecciones, etc.)	6,21	6,60
9. El tiempo que el personal dedicó a atenderle	5,71	6,33
10. El interés del personal para que Ud. comprendiera la información que le dieron.	5,50	6,23
11. La seguridad o confianza que le generó el personal de este establecimiento.	5,88	6,41
12. La amabilidad y cortesía del personal que le atendió en este establecimiento	5,48	6,22
13. La claridad del lenguaje usado por el personal al entregarle información.	5,64	6,30
14. La disposición del personal para escuchar y comprender lo que usted les dijo.	5,68	6,32
15. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que ha recibido de parte del personal de este establecimiento?	5,64	6,30
PROMEDIO NOTA GLOBAL	5,84	6,39

Fuente: Elaboración propia según informe de la Universidad Católica (2015)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ÁMBITO	PREGUNTAS
Aspectos Generales	8. La forma en que lo recibieron y saludaron cuando usted llegó a este centro de salud o cuando fue atendido.
	9. El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).
	10. La identificación (o piocha) que usan las personas que trabajan en este lugar para que usted los reconozca.
	11. La limpieza de este consultorio (centro de salud).
	14. Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado/a hasta que fue atendido/a.
Administrativos	15. La amabilidad y cortesía del personal del SOME (Administrativo) que lo/a atendió.
	16. La rapidez con que fue atendido/a por personal del SOME.
	17. El interés del personal del SOME para que Ud. comprendiera la información que le dieron
	18. La disposición del personal del SOME para escuchar y comprender lo que usted les dijo.
	19. La confianza que le generó el personal del SOME.
	20. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del personal del SOME de este consultorio (centro de salud)?
Técnicos Paramédicos	21. La amabilidad y cortesía del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) que lo/a atendió.
	22. El tiempo que el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) dedicó a atenderlo
	23. Las respuestas del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.
	24. La disposición del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) para escuchar y comprender lo que usted le dijo.
	25. La confianza que le generó el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) que le atendió.
	26. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) de este centro de salud?
Profesionales	27. El interés y la amabilidad del/la profesional que lo/a atendió
	28. La explicación que le dio el/la profesional sobre su problema de salud y tratamiento.
	29. La posibilidad que le brindó el/la profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.
	30. La disposición del/la profesional para escuchar y comprender lo que usted le dijo.
	31. La confianza que le generó el/la profesional que le atendió.
	32. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió del profesional de este consultorio (centro de salud)?
Evaluación General	33. Ahora considerando el trato recibido de parte de los administrativos del SOME, paramédicos y profesionales, ¿con qué nota calificaría su experiencia general con el trato recibido hoy en este consultorio (centro de salud)?
<p>Nota: La encuesta para los establecimientos de la APS estuvo estructurada de acuerdo con cuatro ámbitos, más una pregunta general. Las 24 afirmaciones y/o preguntas del cuadro, fueron calificadas por los usuarios de 1 a 7, obteniéndose una nota final del establecimiento igual al promedio de notas de todos los usuarios para cada uno de los ítems. Se aplicaron 23.932 encuestas, cuyo resultado nacional promedio fue de 6,439. La nota mínima por establecimiento fue de 5,057 y la máxima nota fue de 7,0.</p>	

Fuente: Elaboración propia, según informe de la Universidad Católica (2015)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LOS SS.		
ESTABLECIMIENTOS	PREGUNTAS	
Centros de Referencia de Salud (CRS) y Atención Primaria dependiente del Servicio de Salud (APS-SS) *	5. La forma en que el personal de este establecimiento le saludó cuando llegó o cuando fue atendido/a	
	6. El vestuario y presentación del personal de este establecimiento, como por ejemplo el uniforme.	
	7. La identificación que porta el personal de este establecimiento para que usted fácilmente les pueda reconocer.	
	8. El cuidado y esmero con que le aplicaron los procedimientos (ejemplo: curación, toma de presión, inyecciones, etc.)	
	9. El tiempo que el personal dedicó a atenderle	
	10. El interés del personal para que Ud. comprendiera la información que le dieron.	
	11. La seguridad o confianza que le generó el personal de este establecimiento.	
	12. La amabilidad y cortesía del personal que le atendió en este establecimiento	
	13. La claridad del lenguaje usado por el personal al entregarle información.	
	14. La disposición del personal para escuchar y comprender lo que usted les dijo.	
	15. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que ha recibido de parte del personal de este establecimiento?	
	Hospitales	5. La forma en que el personal del hospital le saludó durante su período de hospitalización.
		6. El vestuario y presentación del personal de este hospital, como por ejemplo el uniforme.
		7. La identificación que porta el personal de este hospital para que usted fácilmente les pueda reconocer.
		8. El cuidado y esmero con que le aplicaron los procedimientos (ejemplo: curación, toma de presión, inyecciones, etc.)
9. El tiempo que el personal dedicó a atenderle		
10. El interés del personal para que Ud. comprendiera la información que le dieron.		
11. La rapidez con que el personal respondió a los requerimientos que Ud. hizo durante su hospitalización.		
12. La seguridad que le generó el personal del hospital.		
13. La amabilidad y cortesía del personal que le atendió durante su período de hospitalización.		
14. La claridad del lenguaje usado por el personal al entregarle información.		
15. El apoyo brindado por el personal frente a las necesidades que Ud. tuvo durante su período de hospitalización.		
16. La disposición del personal para escuchar y comprender lo que Ud. les dijo.		
17. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que ha recibido de parte del personal de este hospital?		
<p>Nota: Para los establecimientos dependientes a los SS, se aplicaron dos encuestas, tanto para establecimientos CRS-APS y Hospitales. La calificación, por parte de los usuarios, iba de 1 a 7, obteniéndose una nota final del establecimiento igual al promedio de notas de todos los usuarios para cada uno de los ítems.</p> <p>(*) La encuesta aplicada a los usuarios del Cesfam Dr. Víctor Manuel Fernández corresponde a las preguntas contenidas en los establecimientos CRS-APS de esta tabla, numeradas de 5-15.</p>		

Fuente: Elaboración propia según informe de la Universidad Católica (2015)

Anexo N° 5: “Compromisos de Gestión en Redes Asistenciales”

La Subsecretaría de redes asistenciales en su rol estratégico de articulador de la red asistencial elaboró los Compromisos de Gestión (COMGES) para el periodo 2015 al 2018, considerando el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que fijó macro-objetivos agrupados en 4 ámbitos de abordaje definidos para el periodo 2014-2018. Este vínculo se puede ver, en resumen, a continuación:

AMBITO	ATRIBUTOS	COMGES
Modelo Asistencial	6	9
Gobernanza y participación	3	5
Organización y gestión	4	7
Asignación de recursos e incentivos	1	2
TOTAL		23

Por otra parte, cada macroregión del SNSS debió definir 2 COMGES adicionales en el marco de las RISS. El cuadro a continuación, describe los 23 compromisos asociados a incentivo que tienen cada uno de los Servicios de Salud del país para el año 2017.

Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud, periodo 2017

N° COMGES	LÍNEA TEMÁTICA	OBJETIVO	META PAÍS 2017
CG 01	Diseño de Redes Asistenciales Integradas.	Actualizar el Proceso de Diseño de la Red Asistencial Integrada de cada Servicio de Salud, revisar el ordenamiento de sus componentes y su interacción, visualizando nodos críticos y anticipando su resolución, a través de la Planificación, Implementación y Evaluación.	100%
CG 02	Trazabilidad en la Red Asistencial de Enfermedades Evitables Priorizadas.	Disminuir los egresos de problemas de salud priorizados, respecto a línea base 2015, consolidando la trazabilidad del tránsito del paciente en la Red asistencial, contribuyendo a resolver la continuidad de atención en la Red, generando impacto sanitario.	< 7,5%
CG 03	Disminución de Tiempos de Espera para Consultas de Especialidad e Intervenciones Quirúrgicas.	Contribuir en la disminución del promedio y medianas de días de espera tanto para consultas nuevas de especialidad médica y odontológica, cómo para intervenciones quirúrgicas. Otorgando una atención oportuna a las personas , focalizando la resolución priorizada por antigüedad.	0%

Fuente: Adaptación propia de acuerdo a las “Orientaciones Técnicas y Metodológicas Compromisos de Gestión en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud 2015”. Subsecretaría de Redes Asistenciales. URL: http://www.ssmn.cl/descargas/cira_2015/compromisos_gestion_2015_2018.pdf. (Continúa en la página siguiente)

Nº COMGES	LÍNEA TEMÁTICA	OBJETIVO	META PAÍS 2017
CG 04	Implementar estrategias para optimizar la Resolutividad de los distintos niveles de atención.	Conocer el volumen de derivación de APS a Especialidades, mejorando la Resolutividad de la atención primaria y medir la no pertinencia de las SIC desde atención primaria a consulta de especialidad.	< 10%
CG 05	Avanzar en la ambulatorización de la atención mediante el incremento de cirugías mayores electivas en mayores de 15 años.	Aumentar la ambulatorización de las cirugías mayores trazadoras, mediante el desarrollo de un plan de trabajo que incluya estrategias asociadas a esta modalidad de resolución.	> 10%
CG 06	Aumento de altas por consultas de la especialidad.	Aumentar la oferta de consulta en especialidades de alta demanda, a través la implementación de protocolos resolutivos para patologías definidas por su alta frecuencia y fácil resolución, generando así disminución de los tiempos de resolución.	> 8%
CG 07	Programación médica en RED.	Cumplimiento de la programación médica a nivel primario y secundario.	95%
		Disminución de horas médicas pérdidas en la Red.	< 5%
CG 08	Disminuir las consultas espontáneas de casos de baja complejidad (C4 y C5) en las unidades de emergencia hospitalaria.	Disminuir el Nº de pacientes categorizados C4-C5 que asisten a las UEH de establecimientos de alta complejidad adulto y pediátrica, a través de las estrategias y sus acciones, desarrolladas principalmente desde la APS, elegidas del para el plan del año 2017.	≥ 5%
CG 09	Elaborar e Implementar planes de mejora a partir de diagnósticos de reclamos relacionados con consideraciones culturales, de género, de trato y de participación en las decisiones clínicas	Porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Trabajo que permita facilitar el acceso de la población una atención ciudadana oportuna, de calidad y con enfoque de derecho.	100%
CG 10	Contar con Plan de Difusión sobre usos y prestaciones de la Red Asistencial con enfoque comunitario y pertinencia local y sociocultural para miembros de la red asistencial y comunidad.	Mejorar el conocimiento de la comunidad funcionaria y usuaria sobre los logros y avances de la red, el diseño de la misma (cog.1), la cartera de servicios y los procesos para acceder a la atención de salud.	100%
CG 11	Contar con directivos y equipos empoderados y fortalecidos con preparación específica que les permita hacerse cargo de la complejidad del gobierno de las RISS, a través de formación en habilidades directivas	"Rediseño, ejecución, evaluación del Programa de Formación de mediano plazo, según evaluación 2015.	100%
CG 12	Fortalecer la participación ciudadana con enfoque territorial y pertinencia sociocultural.	Existencia de un Plan estratégico de participación diseñado, implementado y evaluado por Servicio de Salud 2015-2018	100%
CG 13	Satisfacción usuaria	Fortalecer la satisfacción usuaria en los ámbitos de recepción y acogida, trato, e información y comunicación a usuarios y usuarias, en el contexto de la implementación del plan cuatrienal, estrategia Hospital Amigo y otras iniciativas en desarrollo en los establecimientos.	100%

(Continúa en la página siguiente)

Nº COMGES	LÍNEA TEMÁTICA	OBJETIVO	META PAÍS 2017
CG 14	Gobernanza y Estrategia	Implementar un Plan Estratégico Intersectorial, actualizado y sujeto a evaluación, en cada Servicio de Salud, que establezca un criterio de trabajo basado en el enfoque de Determinantes Sociales de Salud y la equidad en salud.	100%
CG 15	Organización y Gestión	Análisis y validación de la cartera de prestaciones y procesos de unidades de apoyo Anatomía Patológica y Esterilización, levantado durante el año 2016. Evaluación de la implementación de los procesos de unidades de apoyo Imagenología y Laboratorio Clínico.	100%
CG 16	Fortalecimiento de la calidad de vida laboral a través de la ejecución de los planes de trabajo locales, diseñados con enfoque participativo.	Mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores(as) de los Servicios de Salud, mediante el diseño, difusión y ejecución de los Planes Locales de Calidad de Vida Laboral construidos con metodología participativa.	100%
CG 17	Implementar la gestión por competencias con una mirada de trabajo en red	Plan de trabajo diseñado para la incorporación del enfoque de competencias con mirada de red, en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación de RRHH de los Servicios de Salud.	100%
CG 18	Fortalecer la estrategia SIDRA en la red asistencial con participación de equipos locales interdisciplinarios y liderazgo clínico.	Cumplimiento del Plan según metas definidas para cada año.	100%
CG 19	Contar con sistemas de información SIDRA implementados e integrados para la gestión de la red asistencial	- 100% de los establecimientos comprometidos en la estrategia SIDRA cuentan con implementación y registro total de atenciones en los sistemas de información para los procesos de atención abierta, procesos de atención de urgencia, gestión de hospitalización y proceso quirúrgico. - 100% de los servicios de salud con cuadro de mando para la toma de decisiones sobre gestión de demanda de consultas de especialidad, red de urgencia, gestión de hospitalización y proceso quirúrgico de la red asistencial."	100%
CG 20	Implementar y monitorear a través de un cuadro de mando integral, un plan de desarrollo estratégico trianual con enfoque RISS.	Ejecutar el plan de desarrollo estratégico, evaluando su avance a través del Cuadro de Mando Integral, resguardando el cumplimiento de los compromisos y metas establecidas en el mismo, fortaleciendo la gestión estratégica y contribuyendo al logro de los macro objetivos Ministeriales.	≥ 85%
CG 21	Contar con establecimientos de Salud Acreditados según Normativa vigente.	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo Nº 1 <ul style="list-style-type: none"> - Alta Complejidad - 100% de prestadores acreditados - Mediana Complejidad - 100% de prestadores acreditados - Baja Complejidad - 80% de prestadores acreditados • Objetivo Nº 2 <ul style="list-style-type: none"> - Alta Complejidad - Sin Meta - Mediana Complejidad - 100% de requisitos cumplidos para la acreditación. - Baja Complejidad - 80% de requisitos cumplidos para la acreditación 	<i>Se describe en detalle en la columna anterior.</i>

(Continúa en la página siguiente)

N° COMGES	LÍNEA TEMÁTICA	OBJETIVO	META PAÍS 2017
CG 22	Control Ejecución Financiera de los Proyectos de Inversión	Tener una visión mensual concreta respecto de la ejecución financiera de los proyectos de inversión para el año 2017 del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno.	S/I*
CG 23	Financiero	Alcanzar el equilibrio financiero a través de la gestión y uso óptimo de los recursos públicos, esto es, evidenciar el apego creciente a la disciplina fiscal que debe existir entre los marcos presupuestarios otorgados (ingresos) y los gastos operacionales en el funcionamiento de los Servicios de Salud y sus establecimientos bajo su jurisdicción.	≤ 1,1
Nota (*): La fuente no establece la meta para el periodo 2017, sin embargo, se puede consignar que para el año 2015 la meta consistía en un 100% de informes mensuales enviados y un 90% de ejecución financiera de los fondos de inversión.			

(Viene de la página anterior)