



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

UN NUEVO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE HOSPITALES

Durante el Año 2010 el Departamento de Desarrollo Estratégico del Gabinete Ministerial, con la colaboración de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud ha trabajado en el desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación de los Establecimientos Autogestionados, que les permita un análisis estratégico de la gestión. Usando la metodología del “Cuadro de Mando Integral” (Balance Scorecard), el Dr. Emilio Santelices líder del proyecto en conjunto con un equipo de profesionales, han desarrollado un conjunto de 48 indicadores prácticos que permiten una mirada a la gestión de los procesos críticos de un Hospital.

Para los prestadores de salud privados es interesante conocer estos indicadores y evaluar su aporte a una mayor eficiencia en la gestión del complejo proceso de generar prestaciones de salud con calidad de atención. En esta publicación se presenta un resumen de los aspectos generales más relevantes de esta interesante iniciativa ministerial, que aun cuando fue desarrollada para establecimientos públicos de salud, aporta una interesante herramienta, la que puede ser utilizada en cualquier establecimiento hospitalario sea este público o privado, con las adecuaciones propias que cada uno de ellos identifique en función de sus objetivos prioritarios.

En el afán de avanzar hacia una mayor eficiencia en la gestión de los establecimientos hospitalarios públicos más complejos del país, en el año 2005 se estableció el concepto de “Establecimiento Autogestionado en Red”, los cuales son establecimientos con mayores atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir sus procesos operativos internos.

Para que un establecimiento obtenga esta calidad debe cumplir una serie de requisitos previos, los cuales deben certificarse anualmente para verificar su cumplimiento y para evaluar esta gestión el Ministerio desarrolló un instrumento objetivo de medición.

Este instrumento ha sido reformulado durante el año 2010, con una metodología de “Cuadro de Mando Integral” (Balance Scorecard) que es una herramienta de carácter estratégico desarrollada por la Universidad de Harvard en la década de los noventa, que permite a la alta dirección de una institución y a las unidades de gestión, mediante una serie de indicadores objetivos, una visión de las áreas de responsabilidad.

La nueva herramienta de evaluación desarrollada por el Ministerios de Salud incorpora 48 indicadores que dan cuenta de lo que se determinó que son los 4 temas estratégicos de un Hospital :

- Sustentabilidad Financiera
- Eficiencia Operacional
- Gestión Clínica
- Excelencia de la Atención

Para cada uno de estos , se determinan objetivos desde las diferentes perspectivas que se deben considerar en la gestión de un establecimiento hospitalario:

- Perspectiva de los Usuarios
- Perspectiva Financiera
- Perspectiva de Procesos Internos
- Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo

Cruzando ambas variables se genera un Mapa Estratégico, con 16 áreas de intersección donde se deben generar objetivos concretos para evaluación, los cuales están interrelacionados (Ver Cuadro N° 1)

Cuadro N°1

MAPA ESTRATÉGICO

| | | TEMAS ESTRATÉGICOS | | | | | |
|-------------|--------------------------------------|--|---|---|--|--|--------------------------------|
| | | A | B | | C | D | |
| PERSPECTIVA | | Sustentabilidad financiera | Eficiencia operacional | | Gestión Clínica | Excelencia de la atención | |
| 1 | PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y DESARROLLO | Estandarizar y optimizar los sistemas de información | Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal | | Equipo de gestión clínica | Equipo de calidad conformado | |
| 2 | PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS | Control de procesos financieros críticos | Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos | Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos | Usar de manera eficiente los recursos | Generación de rutas y guías clínicas relevantes | Fortalecer procesos de calidad |
| 3 | PERSPECTIVA FINANCIERA | Control presupuestario | Mejoramiento de la productividad | | Control de la variabilidad de guías clínicas | Disminuir costos no calidad | |
| 4 | PERSPECTIVA USUARIOS | Satisfacción de la demanda de atención | Agregar valor al usuario | | Articulación de la Red Asistencial | Proporcionar atención de calidad, segura y digna | |

En cada uno de los 16 espacios se enumeraron los objetivos específicos (18 en total), los que, se denominaron de acuerdo al número de la columna y la letra de la fila donde están ubicados. Para cada uno de estos 16 objetivos se establecieron indicadores que permitan evaluar el grado de cumplimiento de la meta establecida. En este caso se definieron 48 indicadores, los cuales se organizan por tema de acuerdo al siguiente esquema:

2

Cuadro N°2

| MAPA ESTRATEGICO | | TEMAS ESTRATÉGICOS | | | | Total General |
|----------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------|---------------------------|---------------|
| | | A | B | C | D | |
| Perspectiva | | Sustentabilidad Financiera | Eficiencia Operacional | Gestión Clínica | Excelencia de la Atención | |
| 1 | Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo | 4 | 3 | 1 | 1 | 9 |
| 2 | Perspectiva Procesos Internos | 2 | 13 | 1 | 2 | 18 |
| 3 | Perspectiva Financiera | 3 | 4 | 2 | 1 | 10 |
| 4 | Perspectiva Usuarios | 3 | 2 | 2 | 4 | 11 |
| Total General | | 3 | 2 | 2 | 4 | 11 |

La lista de indicadores definidos por temas y su ubicación en el mapa estratégico (indicada por las dos primeras letras previas al nombre), es la siguiente:

➤ Sustentabilidad Financiera:

- A.1.1 % de sistemas de información en operación
- A.1.2 % de utilización GRD
- A.1.3 Uso de Winsig
- A.1.4 % De utilización Mercado público
- A.2.1 Disminución de deuda
- A.2.2 % de prestaciones costeadas
- A.3.1 Equilibrio financiero
- A.3.2 Tiempo de pago a proveedores
- A.3.3 % de recuperación de cuentas por cobrar
- A.4.1 % de reducción de listas de espera mayores de 120 días
- A.4.2 % de cumplimiento de patologías AUGE
- A.4.3 % de reducción de la lista de espera quirúrgica mayor de 1 año



➤ Eficiencia Operacional

- B.1.1 % de cumplimiento del plan de mejora del clima laboral
- B.1.2 Índice de días de ausentismo de licencias médicas curativa
- B.1.3 % de inversión en capital humano
- B.2.1.1 % de cirugía mayor ambulatoria en pacientes mayores de 15 años
- B.2.1.2 Categorización de la demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria
- B.2.1.3 Categorización de pacientes en niveles de riesgo dependencia
- B.2.1.4 % de pacientes en espera de cama en urgencia mayor a 12 horas
- B.2.2.1 % de despacho de receta total
- B.2.2.2 % implementación dosis diaria
- B.2.2.3 % cumplimiento del arsenal farmacológico
- B.2.2.4 % disponibilidad de equipos operativos
- B.2.2.5 Rotación de inventario
- B.2.3.1 % de intervenciones quirúrgicas suspendidas
- B.2.3.2 Promedio de días de Hospitalización prequirúrgicos
- B.2.3.3 Rendimiento del recurso humano médico
- B.2.3.4 % de días cama ocupados por paciente riesgo dependencia D2 D3
- B.3.1 Índice ocupacional
- B.3.2 Índice de sustitución
- B.3.3 % de utilización de los pabellones quirúrgicos
- B.3.4 % de exceso (déficit) de horas extraordinarias
- B.4.1 % de reclamos contestados por escrito
- B.4.2 Participación ciudadana

➤ Gestión Clínica

- C.1.1 Programa de trabajo equipo de gestión clínica
- C.2.1 % de protocolos médicos
- C.3.1 Ahorro (gasto) estadía prolongada
- C.3.2 % de estadias prolongadas
- C.4.1 % de consultas nuevas ambulatorias de especialidades
- C.4.2 Protocolos de referencia y contrarreferencia

➤ Excelencia de Atención

- D.1.1 Unidad de calidad y seguridad del paciente conformada
- D.2.1 % de cumplimiento del plan de auditoría
- D.2.2 % de planes de mejora implementados generados como producto de una auditoría
- D.3.1 % de reintervenciones quirúrgicas
- D.4.1 Tasa de úlceras o lesiones por presión
- D.4.2 % de planes de mejora con implementación inmediata, frente a brotes de IIH
- D.4.3 % de cumplimiento del horario de visita diario
- D.4.4 % de aplicación de encuestas de satisfacción al egreso

Con el objeto de lograr la mayor homogeneidad en la aplicación del instrumento, cada indicador se definió en detalle, indicando responsable, fuentes de datos, fórmula de cálculo y meta. También se consigna un área donde se sugieren iniciativas a implementar para facilitar el logro de la meta y se considera espacio para que cada establecimiento desarrolle iniciativas propias.

Un ejemplo de dos fichas de indicadores se presenta en las siguientes láminas



1. Indicador relacionado con la perspectiva de aprendizaje y desarrollo, dentro de la estrategia de sustentabilidad financiera:

| | | |
|---|---|---|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: % de cobertura de egresos codificados por GRD (A.1.2) | Responsable: Encargado GRD |
| Estrategia: Sustentabilidad Financiera | Objetivo: Estandarizar y optimizar los sistemas de información | |
| <p>Descripción:</p> <p>Este indicador permite codificar los egresos hospitalarios generados en el Establecimiento y obtener diversa información relacionada, por ejemplo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de ingreso, ▪ Estadía del paciente ▪ Complejidad (case mix) del Hospital ▪ Etc. <p>Sólo será aplicable para aquellos Establecimientos que cuenten con el sistema GRD operativo en el periodo correspondiente a la evaluación.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual Reporte: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: Número de egresos codificados GRD / Número de egresos del Establecimiento en el periodo x 100 | | |
| Fuente de datos: Los datos para este indicador los proporciona la unidad GRD en un reporte mensual. | | |
| Calidad de los datos: Alta | Recolector de datos: Personal interno del Hospital | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: $\geq 50\%$ de los egresos para Hospitales con sistema en funcionamiento desde 2011 y $\geq 70\%$ de los egresos para aquellos Establecimientos con el sistema implementado con anterioridad al 2011. | |
| Razonamiento meta: El utilizar GRD permite obtener información relacionada con la gestión clínica del Establecimiento, adicionalmente en conjunto con la utilización de WinSIG permite obtener el costeo por egreso hospitalario. | | |
| Iniciativas: | 1. Estandarizar los registros clínicos. | |
| | 2. Codificar en las licencias GRD las fichas de los egresos hospitalarios. | |
| | 3. Realizar análisis de los datos codificados y generar reportes. | |

2. Indicador relacionado con la perspectiva de usuarios, dentro de la estrategia de eficiencia operacional:

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Usuarios | Nombre indicador: % de reclamos contestados oportunamente (B.4.1) | Responsable: Encargado oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) |
| Estrategia: Eficiencia operacional | Objetivo: Agregar valor al usuario | |
| <p>Descripción:</p> <p>Este indicador mide el porcentaje de los reclamos efectuados por los usuarios al Establecimiento, que fueron contestados por escrito en un período de tiempo no superior a los 20 días hábiles, transcurridos desde el día que se efectuó el reclamo en la institución.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual Reporte: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: N° de reclamos contestados por escrito antes de 20 días hábiles en el período / N° total de reclamos ingresados en el período x 100 | | |
| Fuente de datos: Los datos para este indicador los proporciona la OIRS de cada Establecimiento, por medio de archivos planos (Word, Excel, etc.) y deben estar disponibles cada vez que se soliciten. | | |
| Calidad de los datos: Alta | Recolector de datos: Personal interno del Hospital | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: 100% | |
| Razonamiento meta: Que una institución conteste por escrito los reclamos, indica que se ocupa de los temas que inquietan a sus usuarios y demuestra deferencia con ellos. | | |
| Iniciativas: | 1. Tener implementado un sistema para captación de las solicitudes de los usuarios. | |
| | 2. Realizar un análisis mensual de las causas más frecuentes de reclamos. | |
| | 3. Implementar planes de mejora en relación al análisis de los resultados. | |

Para cada indicador, en que se puedan hacer avances parciales en la consecución de una meta establecida, se establece un sistema de puntos que van de 0 a 4.

| Porcentaje de cumplimiento de la meta | Puntos otorgados |
|---------------------------------------|------------------|
| $0\% \leq X < 25\%$ | 0 |
| $25\% \leq X < 50\%$ | 1 |
| $50\% \leq X < 75\%$ | 2 |
| $75\% \leq X < 100\%$ | 3 |
| $X = 100\%$ | 4 |

En los indicadores cuyo resultado es dicotómico: Si o No, el puntaje establecido por la metodología es 4 o 0 respectivamente.

De acuerdo a estos criterios, el puntaje máximo a obtener es de 192 puntos, considerándose “aprobado” los establecimientos que tengan más de 144 puntos en su evaluación o un 75% de la totalidad del puntaje máximo que aportan los indicadores aplicables. El Ministerio determinó que la aplicación de este instrumento será mensual, para realizar el monitoreo y anual para efectos de la evaluación, permitiendo de esta forma evaluar el cumplimiento de los requisitos legales de la Autogestión Hospitalaria.

Resulta muy interesante y esperanzador conocer esta metodología, la cual ya está en aplicación y que evidentemente generará mediciones que se traducirán en mejoras de gestión cuantificables objetivamente. Otro aspecto destacable es que, sin importar si existe una evaluación obligatoria que cumplir, este sistema de autoevaluación aporta una cultura de trabajo orientada al cumplimiento de metas conocidas, cuantificables y eventualmente priorizables y a la mejora continua de los resultados que es aplicable a cualquier establecimiento de salud que busca eficiencia, calidad de atención y alto nivel de orientación al paciente. Incluso más adelante permitirían compartir información y establecer comparaciones con el desempeño de otros establecimientos similares.

Nota: Este trabajo fue desarrollado en base al Documento “Instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red”, elaborado por el Departamento de Desarrollo Estratégico del Gabinete MINSAL y el Departamento de Autogestión en Red DIGERA de la Subsecretaría de Redes MINSAL.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.