

Gerencia Salud Consultores

Evaluación Comprehensive del Gasto en los Establecimientos Experimentales

Resumen Ejecutivo

Gerencia Salud Consultores S.A.

30 de Abril del 2012

Profesionales que participaron en este estudio:

Susana Pepper Bergholz – Médico Cirujano
Jefa de Proyecto

Klaus Heynig – Economista

Karina Sepúlveda Alfaro – Magister en Finanzas

Elisa Heynig Pepper – Socióloga

César Tambley Ramírez – Ingeniero en Informática

Giovanni Canelo Morales – Economista

Ángeles Estévez Oyaneder - Licenciada en Ciencias de la Comunicación

Elena Robles Martínez – Socióloga

Lear Packer – Web Designer

Andrés Espejo Rivera – Sociólogo



Resumen Ejecutivo

1 Abstract

Los Establecimientos Experimentales (EE)¹ creados por sus respectivos DFL en el año 2002, surgen como una alternativa al modelo tradicional de gestión de establecimientos de salud, en el cual se modifican normativas orientadas principalmente a dar una mayor flexibilidad a la gestión de RRHH y financieros. Los tres EE han sido evaluados utilizando como base la metodología definida por DIPRES para la Evaluación Comprehensiva del Gasto (ECG); el análisis cubre el período 2007-2010 y fue realizado durante el año 2011.

Se destaca la capacidad productiva en el área asistencial y la incorporación de experiencias innovadoras; el análisis comparativo realizado con los establecimientos utilizados para control² muestra en varios de los indicadores de producción tasas más altas; las limitaciones metodológicas no permiten resultados comparativos conducentes. Esta mayor producción se atribuye a las prerrogativas que otorga este modelo en cuanto a la definición de dotación en horas semanales, la mayor flexibilidad para contratación de servicios y uso de recursos financieros.

Considerando sus definiciones estratégicas, se observa un apego a los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSAL), buscando incorporarse a las redes asistenciales con fuerte énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS); en este punto se recomienda considerar por parte del MINSAL, la utilización de indicadores para objetivar el adecuado funcionamiento de las redes a nivel nacional.

Se determina que la hipótesis *“El marco normativo y legal sobre el cual se asienta el modelo Experimental permite una gestión más eficiente y un mejor uso de los recursos, a través de la aplicación de modelos de gestión flexibles y eficaces, que redundan en un mejor y mayor cumplimiento de los objetivos sanitarios en términos de satisfacer necesidades y expectativas en salud, de la población beneficiaria que los CRS no experimentales y los EAR”* no puede ser comprobada con el análisis comparativo realizado. Los principales motivos son metodológicos, los que en su conjunto imposibilitan concluir sobre las ventajas comparativas del modelo experimental.

Si bien los EE poseen mayor flexibilidad en la gestión de sus recursos financieros y humanos, se considera que hay elementos de su normativa que deben ser perfeccionados; se sugiere

¹ Los Establecimientos Experimentales son: Centro de Referencia en Salud (CRS) de Maipú (CRSM); Cordillera Oriente (CRSCO) y el Hospital Padre Hurtado (HPH).

² En el marco de la evaluación, se escogió un “grupo de control” conformado por establecimientos autogestionados en red (EAR) y por centros de referencia de salud (CRS) no experimentales, contra los que se compararon los resultados obtenidos con los EE en una serie de indicadores de gestión, ya disponibles en las instituciones y que son utilizados por el MINSAL. Estos establecimientos de control son: CRS Pudahuel (CRSP), CRS San Rafael La Florida (CRSSR), y los hospitales EAR: El Pino y Regional de Temuco.

corregir decisiones que han excluido a los EE de beneficios que han sido otorgados a los demás funcionarios del SNSS³ en pos de optimizar su gestión.

La evaluación de los EE evidencia una gestión innovadora, que se adapta a las necesidades de la población con un marcado énfasis en la calidad y el buen uso de los recursos.⁴

Finalmente, en cuanto a los resultados de la encuesta de usuarios externos comparada con aquella realizada por el MINSAL en el año 2009, los EE muestran niveles de satisfacción similares en la mayor parte de las áreas evaluadas, destacando los positivos resultados del CRS Cordillera Oriente que están por sobre lo observado en el resto de la muestra.

2 Caracterización de los Establecimientos Experimentales, normativa legal y modelo de gestión

Los EE surgen en el año 2002 como una alternativa al modelo tradicional de gestión de establecimientos de salud, en el cual se flexibiliza la organización interna del establecimiento, el uso de RRHH y financieros. Se les otorga la condición de Servicio Público Descentralizado dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependiendo directamente de la Subsecretaría de Redes, condición que ostentan en el SNSS, los propios Servicios de Salud (SS) y no los establecimientos (incluyendo los denominados Auto gestionados en Red - EAR); así, se independizan para todo efecto de gestión institucional del SS, pero se mantienen dentro de la red asistencial a la cual pertenecen, tomando responsabilidad de los acuerdos que en torno a este tema se definen a nivel de las diferentes instancias existentes para efectos de coordinación.

Este marco legal hace énfasis en una gestión eficiente, con estrategias de mejora continua de la calidad, participación de usuarios internos y beneficiarios en la gestión y fomento de la investigación científica y desarrollo del conocimiento, facilitando modelos docente asistenciales.

Tienen atribuciones específicas en cuanto a la elaboración y presentación del presupuesto anual y el plan de actividades asociado, así como su ejecución; esto en una relación directa con FONASA y el MINSAL, lo cual marca una diferencia con los demás establecimientos, para quienes esta relación se realiza a través del SS respectivo.

La facultad de “Celebrar convenios para otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago” así como “... contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas para el desempeño de tareas o funciones aun cuando sean propias y/o

³ Sistema Nacional de Servicios de Salud

⁴ Ejemplos de innovación son: CRSM: la existencia de camas de corta estada en el nivel secundario de atención; CRSCO: el modelo de cooperación existente con el Hospital L. Tisné; HPH: organización de las áreas asistenciales con responsable único por la atención en urgencia, ambulatorio y hospitalizados; creación de Servicios de Urgencia Comunes.

habituales del establecimiento” es uno de los elementos que caracteriza este modelo de gestión y lo diferencia del modelo tradicional.

La flexibilización en la gestión de RRHH se basa en la definición de la dotación en base a horas semanales, la posibilidad de contratación directa y un sistema de remuneraciones simplificado en base a nuevas escalas. Este representa el cambio más sustantivo, ya que los SS y sus establecimientos funcionan en base a una “planta esquemática” de cargos, asociado cada uno de ellos a una cantidad de horas semanales fijas.

El Centro de Referencia en Salud Maipú (CRSM) es un centro de atención de especialidades médicas y de otras como la cirugía mayor ambulatoria; cuenta con Servicio de Urgencia y ha incorporado en su cartera de servicios 30 camas de hospitalización de corta estada. Responde por la atención de beneficiarios de las comunas de Maipú y Cerrillos.

El Centro de Referencia en Salud Cordillera Oriente (CRSCO) centra su accionar en la atención de especialidades a nivel ambulatorio, no cuenta con Urgencia y entrega servicios de laboratorio e imagenología al Hospital Luis Tisné, con el cual colinda. Las comunas de su área de acción son Peñalolén y Macul.

El Hospital Padre Hurtado (HPH) es definido como de mediana complejidad, cuenta con tres servicios de Urgencia y una amplia cartera de servicios. Dispone de 381 camas de las cuales 40 son de paciente crítico⁵. Las comunas a las que atiende son La Granja, San Ramón y La Pintana.

Datos ocupados en la evaluación

El estudio ha privilegiado las fuentes de información primarias en todas las áreas evaluadas de los EE, por tanto, hay un intensivo trabajo en terreno orientado a recoger información de los propios establecimientos, particularmente a través de las **entrevistas en profundidad**. Estas se han realizado en la modalidad de entrevistas semi-estructuradas, aplicándose la misma pauta a los entrevistados, según área y cargo. Se agrega a las entrevistas, los focus group (seis) realizados en el contexto del Diagnóstico Comunicacional de cada EE.

Junto con ello, se ha incorporado a actores relevantes tanto del sector salud como otros relacionados con los EE, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

⁵ Datos año 2009

Cuadro N° 1
Entrevistas realizadas por consultores

Área de evaluación	Entrevistados	Total de entrevistas
Diseño Institucional. Gestión y Organización	Directores de los EE, Gerentes, jefaturas intermedias y áreas específicas de informática, mantención, recursos físicos, estadísticas y control de gestión	41
Auditoría y Uso de Recursos	Subdirector Administrativo, Jefes de Finanzas, Contabilidad y Auditoría	14
Diagnóstico comunicacional	Directivos, jefaturas intermedias y funcionarios	12
	Focus Group (6)	
Actores relevantes. Complementación para el análisis	Subsecretario de Redes Asistenciales y Asesor del Gabinete del Sr. Ministro de Salud ⁶	1
	Encargados de Salud en Municipalidades	6
	Directores de SS	3
	Sectorialista Min. Hacienda	1
	Jefe Dpto. de Comercialización FONASA	1

Estas 79 entrevistas permitieron recoger la opinión e información de los entrevistados respecto de los diferentes aspectos a ser evaluados, así como documentación de apoyo.

Esta se complementó con información entregada por los EE y aquellos de comparación, referidos principalmente a los Registros Estadísticos Mensuales (REM) e indicadores de uso habitual en los establecimientos para evaluar calidad asistencial, rendimiento de RRHH y gestión clínica; esta información se utilizó para realizar el análisis comparativo.

Toda la información financiera fue recogida del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), cuyo acceso para todos los establecimientos fueron gestionados a través de DIPRES.

Encuestas Usuarios internos (funcionarios): constituye un elemento central de esta evaluación, realizada en modalidad on-line a través de sitio web, diseñado y gestionado por GSC⁷. Se encuestó a una muestra representativa⁸ para cada estamento (A: directivos; B: médicos y profesionales no médicos; C: técnicos paramédicos, auxiliares y administrativos) y para cada establecimiento. El número final de encuestas que se recibió fue de: CRSM: 240 personas; CRSCO: 177 personas y HPH: 273 personas. Se realizó el análisis individual para cada establecimiento comparándolos con aquella realizada en el año 2007⁹, y luego un análisis comparativo entre los EE para el año 2011.

⁶ Dr. Emilio Santelices

⁷ GSC: Gerencia Salud Consultores

⁸ Error muestral cercano al 5% para cada estrato, con un nivel de confianza del 95%

⁹ Evaluación de los EE realizada por Dra. Pepper a solicitud del Subsecretario de Redes año 2007. En el 2011 se utilizó el mismo instrumento, con algunos cambios marginales.

Encuestas Usuarios externos (pacientes): con el objeto de tener un punto de comparación, se utilizó el instrumento aplicado por el MINSAL en el año 2009 a nivel nacional¹⁰, seleccionando aquel utilizado para la evaluación de la atención ambulatoria de nivel secundario. El instrumento incorpora diferentes ámbitos de satisfacción en la fase pre-atención, atención y post atención. El trabajo en terreno fue realizado durante los meses de septiembre y octubre 2011 y contempló la siguiente cantidad de personas: CRSM: 150; CRSCO 116 y HPH 145, todas ellas realizadas en el momento posterior a la atención, a objeto de tener la percepción reciente de la atención recibida. Para estos efectos se consultó a personas en las salas y recintos de la atención ambulatoria de los EE, tanto en horario de mañana como de tarde, en forma aleatoria, lo cual significa haber incorporado también a personas que acompañaban a menores de edad para su atención.

Por otro lado se utilizaron fuentes secundarias de información, que se refieren a bases de datos e información institucional disponible en sitios web como: MINSAL, Dpto. de Epidemiología, Dpto. de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Instituto Nacional de Estadísticas (INE), DIPRES, FONASA, entre otros.

La **revisión documental**, en que se entregan 40 fichas de artículos recientes en temas atingentes a las áreas evaluadas, son principalmente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Banco Mundial, JSTOR¹¹, BIREME¹², SCIELO¹³ y de las páginas web de los Ministerios de Salud de diversos países, entre otras fuentes.

3 Resultados

3.1 Resultados del análisis de diseño, organización y uso de recursos

Diseño Institucional: La evaluación de las definiciones estratégicas¹⁴ de los EE en relación a aquellas emanadas del Gobierno y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, concluye que las de los EE son consistentes y responden adecuadamente a éstas, particularmente en cuanto a sus objetivos estratégicos. Se observa en el caso del CRSCO una redefinición de sus objetivos y productos estratégicos; para el caso del CRSM y HPH se considera agregar nuevos productos estratégicos con sus respectivos indicadores para su seguimiento. Se verifica que los Objetivos Sanitarios, las características demográficas y epidemiológicas de la población beneficiaria, así como las de la red asistencial en la cual están insertos han sido considerados en sus definiciones, lo cual es positivamente evaluado. Se evalúa como

¹⁰ "Medición Nacional de Satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile. Aplicación 2009", MINSAL, 2009.

¹¹ Sistema de archivo en línea de publicaciones académicas.

¹² Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, inicialmente denominado Biblioteca Regional de Medicina, dependiente de la OPS/OMS.

¹³ Biblioteca Científica Electrónica en Línea.

¹⁴ Referidos a misión institucional, objetivos y productos estratégicos

insuficiente el monitoreo que se realiza respecto de las estrategias de focalización de los Productos Estratégicos.

Organización y Gestión: la organización que se ha dado a cada EE es diferente, destacando aspectos innovadores orientados a una mejor coordinación y asignación de funciones entre las distintas unidades; se considera insuficiente en el caso del CRSM y CRSCO los recursos humanos asignados al área de Control de Gestión, la cual se considera como estratégica. La gestión se evalúa positivamente, ya que responde a las recomendaciones del MINSAL y a aquellas internacionales emanadas de la revisión documental efectuada; se basa en los siguientes ejes: fortalecimiento del trabajo con la comunidad a través de los Consejos Consultivos; altos niveles de participación de trabajadores; trabajo en red; un liderazgo horizontal y participativo que se orienta a la mejora continua de la calidad, la satisfacción de usuarios internos y externos y la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Sustentan además esta afirmación en relación a la buena gestión, los resultados del “Diagnóstico en Comunicación Organizacional” el que resulta positivamente evaluado, por tanto un 88% de los entrevistados recomiendan a los EE como lugar de trabajo y los flujos de comunicación entre los diferentes niveles organizacionales tienen índices de aprobación entre el 69% y 94%; se estima necesaria una mayor capacitación en algunos aspectos organizacionales para los directivos intermedios.

Se concluye que la práctica del modelo ha generado una cultura interna facilitadora de instancias formales e informales de comunicación interpersonal, con un alto nivel de participación. En cuanto a la relación con otras instituciones, se considera que los procesos de interacción entre los EE y MINSAL, FONASA y DIPRES no están suficientemente explicitados. El CRSM no ha tenido a la fecha del término de este estudio, relación con el equipo que trabaja el Proyecto Hospital Maipú, lo cual se considera un riesgo para el buen funcionamiento de la red. Para el CRSCO existe un modelo colaborativo con el Hospital L. Tisné que resulta de interés como área eventualmente replicable en el sector. Los convenios docente asistenciales que han establecido los EE se califican como beneficiosos, considerándose una debilidad el que estos no estén suficientemente objetivados.

La inserción de los EE en sus respectivas **redes asistenciales** es un tema reiterado por parte de entrevistados externos a los EE, con opiniones contrapuestas respecto de si el modelo experimental facilita o dificulta dicha inserción. Por su parte, los EE consideran una prioridad el funcionamiento en red y destinan recursos y definen procesos para mejorar su funcionamiento. A partir de las entrevistas realizadas y los resultados de la evaluación de los EE, el modelo de gestión no parece ser un factor determinante en el grado de inserción de un establecimiento dentro de su red

La **gestión de RRHH** en los EE se ve dificultada y representa una amenaza por cuanto los niveles de remuneración están por debajo de aquella ofrecida en otros establecimientos públicos, principalmente en las Asignaciones de Estímulo y de Responsabilidad, donde los porcentajes de incremento para los EE tienen un tope de 10% mientras que para los demás

establecimientos del SNSS esta es para la 1ª asignación de hasta un 180% y en la 2ª entre un 10% y un 130%; se requiere además una actualización de los respectivos reglamentos principalmente para ajustar las dotaciones y considerar modificaciones de los DFL de los CRS en cuanto a eliminar la exigencia de concurso público para los cargos contrata regidos por el Estatuto Administrativo.¹⁵

Se identifican los procesos para la generación de productos estratégicos, existiendo aspectos que deben ser optimizados, considerándose que en un 25% de los casos son de exclusiva responsabilidad de los EE y en el 75% ésta depende de factores externos o mixtos. Los procesos asociados a los contratos en sus diferentes modalidades se ajustan a la normativa vigente y la flexibilidad existente en este ámbito se considera una ventaja comparativa destacada. En el área de auditoría, los recursos humanos destinados a esta función se consideran insuficientes, en función de los actuales requerimientos. Los sistemas informáticos de apoyo a la gestión, aun cuando en el caso del HPH tienen un desarrollo importante, se evalúan como insuficientes, considerándose como necesaria una mayor claridad desde el MINSAL respecto de lineamientos de política y financiamiento en este ámbito.

Los resultados de la **encuesta a usuarios internos** (funcionarios) muestra un alto nivel de satisfacción, orgullosos de pertenecer y trabajar en su establecimiento, donde a pesar de las limitaciones en el ámbito de remuneraciones y estabilidad laboral, se sienten motivados y comprometidos; reconocen la existencia de instancias de participación, en las cuales su opinión es tomada en cuenta en la toma de decisiones.

Uso de recursos: se evalúa positivamente la gestión financiera, en cuanto a sus resultados y la adecuada utilización de las prerrogativas que en ese ámbito entrega la normativa legal. Se evidencia el impacto que tiene sobre su gestión la existencia de atención de urgencia y el déficit que generan; por su parte, la atención programada exclusiva genera excedentes, como en el caso del CRSCO, los cuales por razones de tipo normativo, no pueden ser utilizados en mejoramiento de la calidad ni de estímulo para los funcionarios, situación que se recomienda someter a revisión. Se evalúa como una carencia importante el insuficiente desarrollo del modelo de Centros de Responsabilidad así como la falta de un sistema de costeo para los productos y servicios entregados. Las dificultades que estos EE enfrentan son similares a aquellas de otros establecimientos, básicamente en cuanto a las diferencias entre presupuestos iniciales y finales, la irregularidad en los flujos de caja y el insuficiente conocimiento respecto de los criterios utilizados al definir las transferencias asociadas a producción vía Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). A esto se agrega el uso del "aporte pago deuda" que se realiza en diciembre como una forma de palear el déficit provocado por incumplimiento en las transferencias y/o sus flujos a través del año. Cabe

¹⁵ En el resto del SNSS el concurso público no aplica a cargos a contrata. El impacto de esta normativa afecta la continuidad de procesos asistenciales dado que la contratación demora al menos dos meses. El HPH logró modificar este aspecto de su DFL y "las contrataciones que importen para el personal la promoción a un grado superior, se dispondrán previo concurso interno".

destacar que la deuda no es una problemática presente en los EE, con excepción del HPH en que ésta aparece el año en que se inicia el funcionamiento del Servicio de Urgencia de Adultos.

Los **resultados de la encuesta a usuarios externos** se asimilan, en el análisis comparativo, a los resultados del año 2009, con excepción del CRSCO que muestra niveles de satisfacción por sobre el promedio y superior a los otros dos EE.

3.2 El grupo control y su elección

Los establecimientos utilizados para fines comparativos fueron seleccionados a partir de la aplicación de metodologías diseñadas para estos efectos, las que se describen someramente a continuación:

CRS: las opciones se dan entre 6 de los 8 establecimientos a nivel país que tienen esta clasificación, incluyendo los EE; se descartó primeramente el del SS Valparaíso San Antonio que realiza atención dental exclusiva. En segundo término, aquellos insertos en redes asistenciales con componente rural y de baja densidad poblacional (CRS Antofagasta y CRS Araucanía Sur), dado que los aleja de la realidad de los CRS EE.

En segundo término se consideró el modelo de gestión, que en el caso del CRS El Pino, su gestión está vinculada directamente con la del hospital, no haciéndolo por tanto asimilable a los CRS EE.

De esta forma, los CRS de La Florida (SS Sur Oriente) y el CRS Salvador Allende de Pudahuel (SS Occidente) se definen como controles; en este último caso la población beneficiaria es algo menor y con índices de desempleo y pobreza mayores que las de los CRS EE. El CRS La Florida cuenta con Servicio de Urgencia al igual que el CRSM; con excepción de esta situación, las carteras de servicios son similares.

Hospitales: las bases de licitación definen como grupo control establecimientos auto gestionados en Red (EAR). Se consideró que el primer criterio de selección debe ser el año de asignación EAR, ya que para una comparación válida, el modelo debiera estar vigente al menos desde el 2008; del universo de 57 EAR, 46 fueron declarados como tales a través de decretos en el año 2010. De los 11 restantes que se sometieron a concurso, 4 lo fueron el año 2010 y 2009, quedando como alternativas 7, de los cuales 4 son Centros de Referencia Nacional, lo cual hace muy difícil definir población beneficiaria y además tienen carteras de servicios muy diferentes al HPH. El H. Luis Tisné se eliminó como alternativa por estar adosado al CRSCO EE, quedando seleccionados los hospitales El Pino y Regional de Temuco.

El Hospital El Pino pertenece al SS Metropolitano Sur (SSMS), cuenta con un CRS adosado y Servicio de Urgencia, compartiendo estas características con el HPH. La población beneficiaria de ambos, al año 2010, son muy similares (361.328 y 373.817 respectivamente).

Por su parte el Hospital de Temuco es hospital base del SS Araucanía Sur (SSAS), cuenta con un Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) adosado y Servicio de Urgencia; su cartera de servicios es de mayor complejidad y es un establecimiento de mayor tamaño que el HPH y El Pino.

Poblaciones Beneficiarias

Cuadro N° 2
Población beneficiaria estimada por FONASA
Establecimientos CRS en estudio

	2007	2008	2009	2010
La Florida	279.533	288.746	289.847	284.605
CRSCO	235.877	252.152	254.055	297.724
Pudahuel	179.045	199.099	207.550	172.073
CRSM	462.232	528.905	564.664	361.381

Cuadro N° 3
Población beneficiaria estimada por FONASA
Hospitales en estudio

	2007	2008	2009	2010
H. El Pino	396.162	405.821	407.210	361.328
H. de Temuco	553.646	571.296	576.779	576.061
HPH	331.083	364.502	364.537	373.817

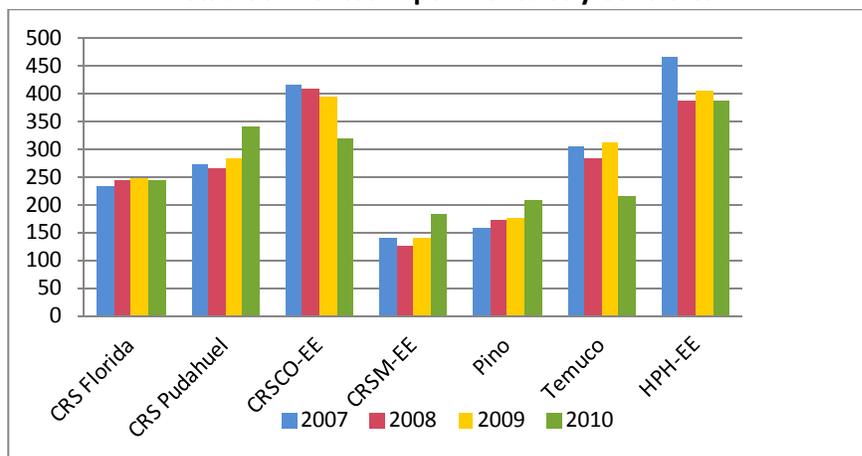
3.3 Resultados del análisis comparativo

Este se realiza en base a indicadores entregados por los propios establecimientos que apuntan a comparar producción, gestión clínica, financiera, de RRHH y calidad. Los datos utilizados para el análisis financiero fueron recogidos por la consultora desde el SIGFE. Este análisis tiene limitaciones en cuanto a que los establecimientos de control no fueron sometidos a una evaluación exhaustiva como lo fueron los EE, sino que se limita al uso de este grupo de indicadores.

Se han seleccionado prestaciones trazadoras de las principales áreas de producción, utilizando para efectos comparativos, tasas de producción por beneficiario¹⁶.

¹⁶ Según datos oficiales del FONASA para el año 2010

Gráfico N° 1
Consulta Médica Ambulatoria
Tasas por 1.000 beneficiarios
Establecimientos Experimentales y Controles



Esta es la actividad más característica del nivel secundario, ofrecida en todos los establecimientos evaluados. Se la puede considerar 100% dependiente del recurso “horas médicas” por lo que se ve afectado por la disponibilidad de este recurso.

Los resultados muestran al CRSCO-EE y al HPH-EE con tasas de producción más altas¹⁷. A juicio de los consultores, influye positivamente en dichos resultados la estructura en que se organiza el área asistencial, las definiciones estratégicas y por sobre todo, la flexibilidad en la gestión de sus RRHH y financieros. A esto se agrega la normativa respecto a contratación de servicios y de cargos a honorarios.

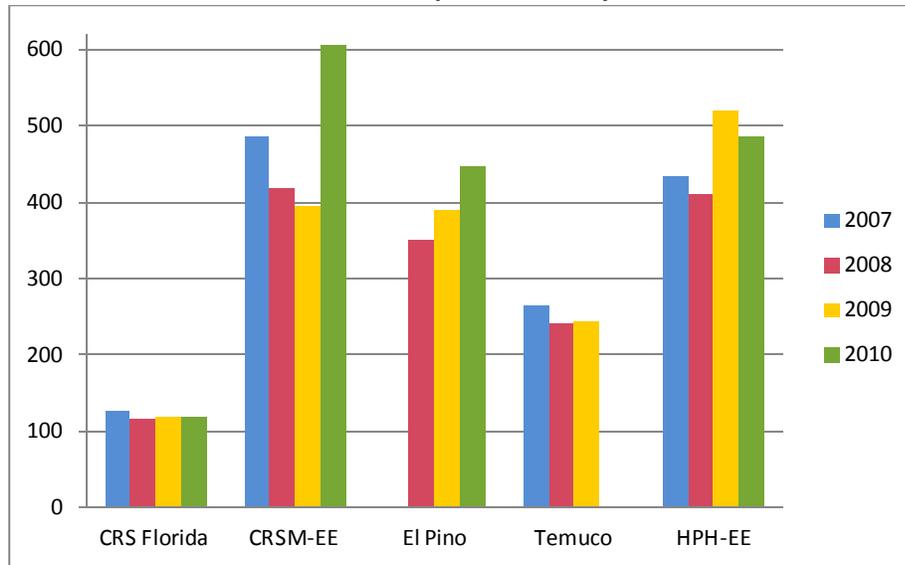
Por otro lado, se debe destacar que el CRS Pudahuel (No EE) y CRSCO no tienen Servicio de Urgencia, lo cual permite concentrar los recursos en áreas de atención ambulatoria programada.

Por otro lado, el CRSCO ha generado una alianza con el H. Luis Tisne para la contratación de los médicos que laboran en ese centro asistencial y cubrir parte de la demanda ambulatoria, lo que se considera un modelo de gestión que potencialmente facilita la contratación de RRHH especializados, siempre y cuando se cuente con los recursos financieros para ello.

Las menores tasas observadas en el CRSM-EE pudieran explicarse por el hecho que este CRS no sólo tiene un Servicio de Urgencia con un alto número de consultas (ver tabla siguiente), sino además camas de hospitalización de corta estada, lo cual obliga a una distribución de los recursos financieros en estas áreas y por tanto dispone de menos recursos para la consulta ambulatoria.

¹⁷ En el caso del H. Temuco, es probable que el impacto del terremoto de febrero 2010 haya influido en los resultados observados ese año, dado el importante daño a su infraestructura. Por esta razón no se presentan los datos de ese año en algunos de los indicadores estudiados.

Gráfico N° 2
Consulta de Urgencia
Tasas por 1.000 beneficiarios
Establecimientos Experimentales y Controles



Es un área relevante de análisis por el alto impacto sanitario que tiene y por constituir una prestación de muy alto costo (por implicar funcionamiento continuo todos los días del año). Esta es una actividad no programable y por tanto sujeta a la demanda. En el caso del H. Temuco, es posible que el resultado observado tenga relación con la accesibilidad geográfica de la población rural a ese establecimiento de salud.

Los EE tienen altas tasas de consulta de urgencia, en las cuales influye por un lado las características de la población beneficiaria, particularmente en el caso del HPH en que tienen características de alta vulnerabilidad, y por otro, el diseño de la red de atención de urgencia de los respectivos SS, cumpliendo ambos un rol muy importante en cuanto a absorber demanda de urgencia.

Gráfico N° 3
Examen de Laboratorio - Hemograma¹⁸
Tasas por 1.000 beneficiarios
Establecimientos Experimentales y Controles

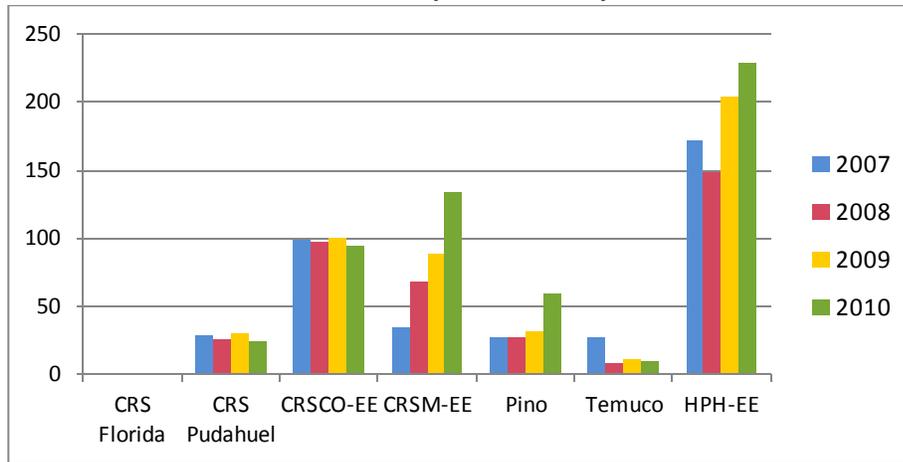
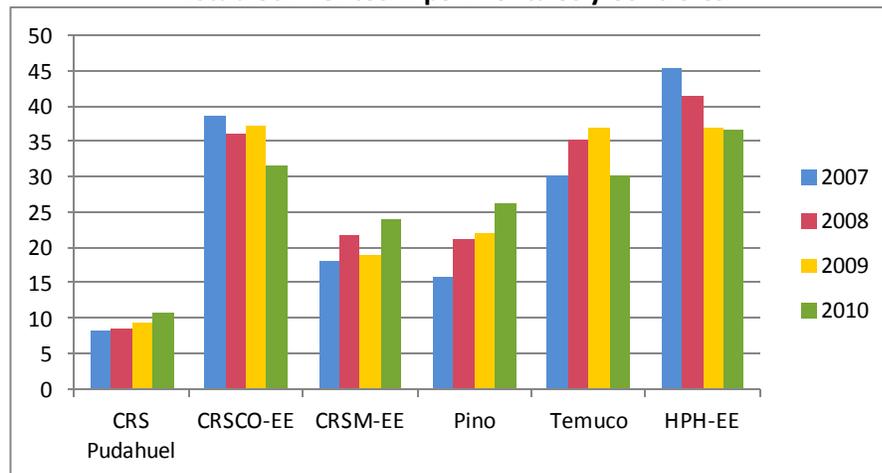


Gráfico N° 4
Examen de Laboratorio - Urocultivo
Tasas por 1.000 beneficiarios
Establecimientos Experimentales y Controles



En este análisis no se incluye el CRS La Florida, ya que los exámenes considerados se realizan en el Hospital Sotero del Río.

Los EE, específicamente CRSCO y HPH muestran tasas más altas en Hemogramas y Urocultivo, observándose en la evaluación un desarrollo muy importante y creciente de Laboratorio.

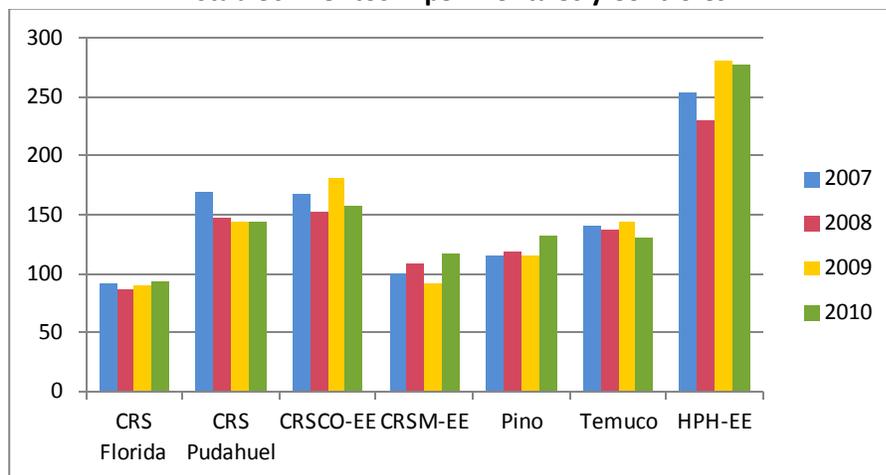
¹⁸ El CRS La Florida deriva sus exámenes al Complejo Sotero del Río, por lo cual no tiene producción propia en el área de Laboratorio

En el caso del CRSCO, éste presta servicios al H. L. Tisné en Laboratorio e Imagenología, lo cual impacta en su producción.

En el caso del CRSM, la creciente producción en Hemogramas puede explicarse por la venta de servicios a través de convenios que ha establecido en los últimos años, dando una mayor utilización a la infraestructura disponible.

Para el caso del HPH, las altas tasas se corresponden y asocian con la alta producción que el establecimiento tiene en consultas, hospitalización e intervenciones quirúrgicas.

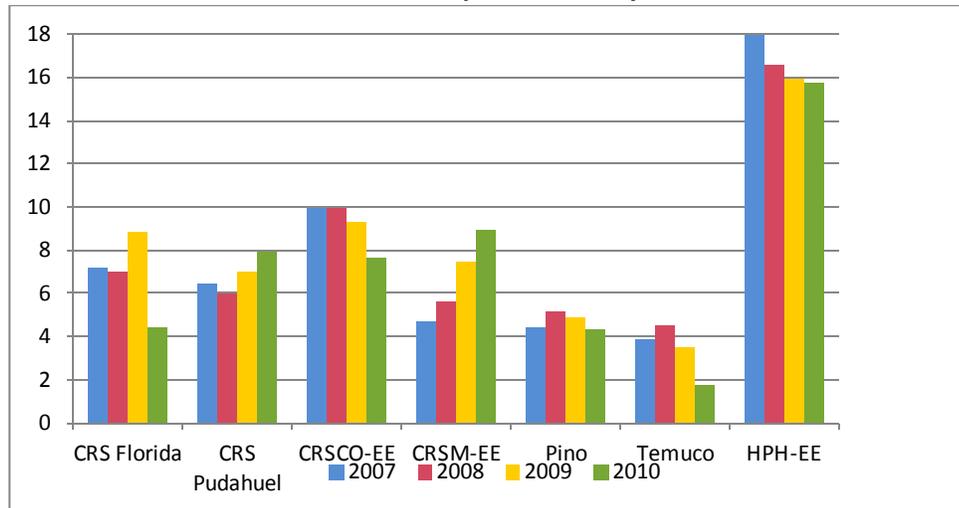
Gráfico N° 5
Examen de Imagenología – Radiografía Simple
Tasas por 1.000 beneficiarios
Establecimientos Experimentales y Controles



Constituye una prestación de la Unidad de Apoyo Imagenología, existente en todos los establecimientos en estudio. Su demanda es mayor en aquellos establecimientos que cuentan con Servicio de Urgencia, cuyo uso en horario no hábil está determinado por la disponibilidad de profesionales especializados en la toma de estos exámenes.

No se observan grandes diferencias entre los establecimientos, destacando el caso del HPH que tiene un sistema digitalizado con tecnología de punta y sus altas tasas se asocian a la alta producción asistencial global del establecimiento. Como se señalara, en el caso del CRSCO su producción cubre también las necesidades del H. L. Tisné.

Gráfico N° 6
Cirugía Ambulatoria
Tasas por 1.000 beneficiarios
Establecimientos Experimentales y Controles



Constituye una prestación de alto impacto y positiva relación costo beneficio; estrategia promovida por el MINSAL en torno a la reducción de listas de espera y optimización en el uso de los recursos. Los resultados observados en los EE tienen a juicio de los consultores, relación con la flexibilidad en la contratación de RRHH a través de la compra de servicios profesionales y así permitir horarios extendidos para la actividad quirúrgica.

Los resultados de Temuco para el año 2010 están probablemente asociados a los daños de infraestructura producto del terremoto; las bajas tasas de los años anteriores no pueden ser explicadas con los antecedentes de que se dispone.

Estos son algunos de los factores que explican las altas tasas observadas en el HPH, a la cual se agrega un modelo de gestión que optimiza la utilización de una infraestructura recientemente remodelada con apoyo del convenio docente asistencial que tiene el HPH con la U. del Desarrollo y Clínica Alemana.

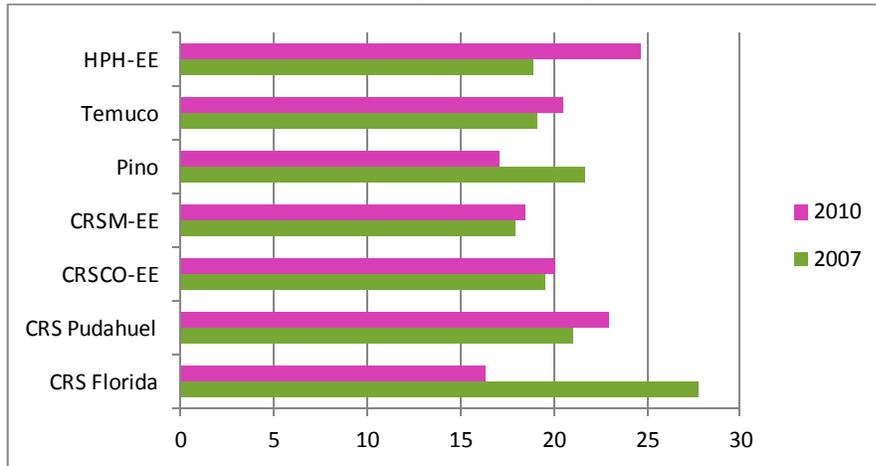
3.3.1 Análisis de Gestión Clínica y Asistencial

Los indicadores seleccionados evalúan la calidad en el diseño e implementación de los procesos asociados a determinadas tareas o actividades relevantes dentro de la asistencia en salud. En términos globales, los resultados observados no muestran diferencias significativas entre ambos grupos.

El indicador “número de cirugías mayores por pabellón” sólo se analiza para el caso de los CRS sin observarse grandes diferencias y el indicador “suspensiones de cirugía” sólo se

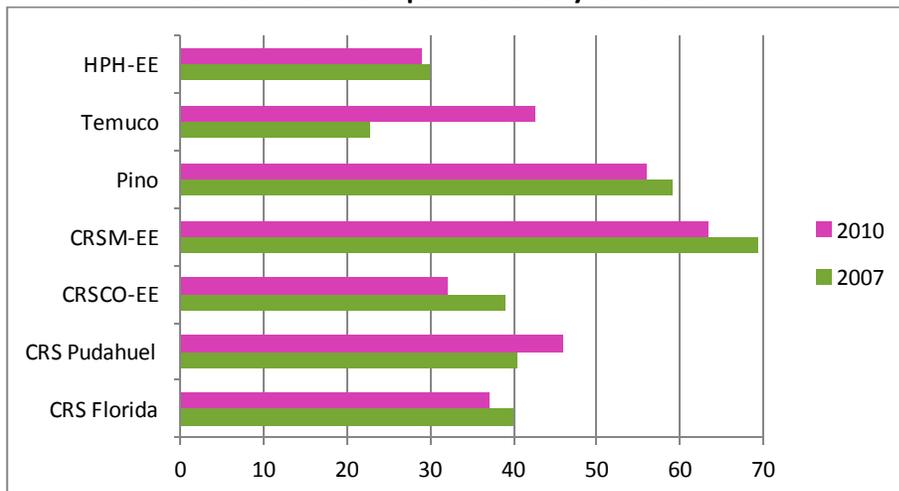
obtuvo información parcial de los establecimientos, apareciendo el CRSM con los porcentajes más bajos de suspensión, seguidos por el HPH.

Gráfico N° 7
Porcentaje de inasistencia a consultas médicas programadas
Establecimientos Experimentales y Controles



El indicador de porcentaje de inasistencia a consultas médicas programadas significa por un lado un efecto negativo para el paciente y por otro, un recurso de alto costo no adecuadamente utilizado. Mientras más bajo el porcentaje de inasistencia, mejor evaluada la actividad y procesos asociados. Es destacada la baja observada en el H. El Pino y CRS La Florida entre el año 2007 y el 2010.

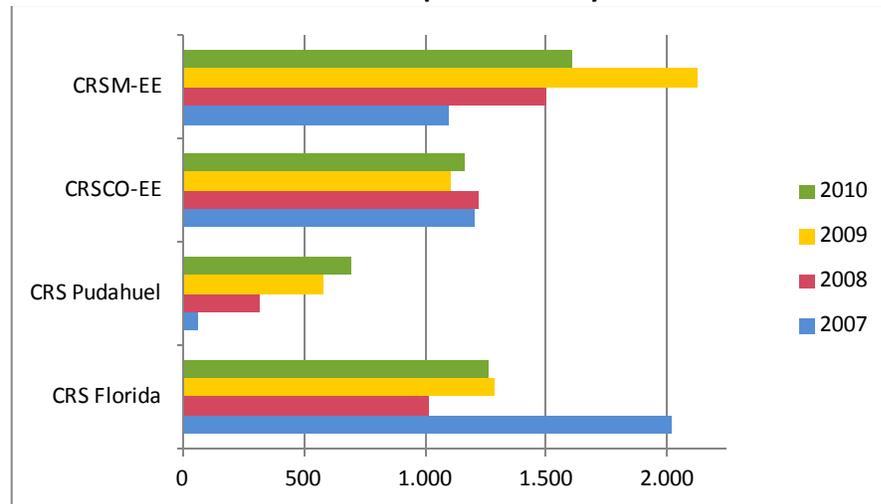
Gráfico N° 8
Porcentaje de consultas médicas nuevas
Establecimientos Experimentales y Controles



Un alto porcentaje de consultas nuevas significa una mayor oferta para pacientes que son derivados con interconsulta desde la Atención Primaria. Este porcentaje es definido por

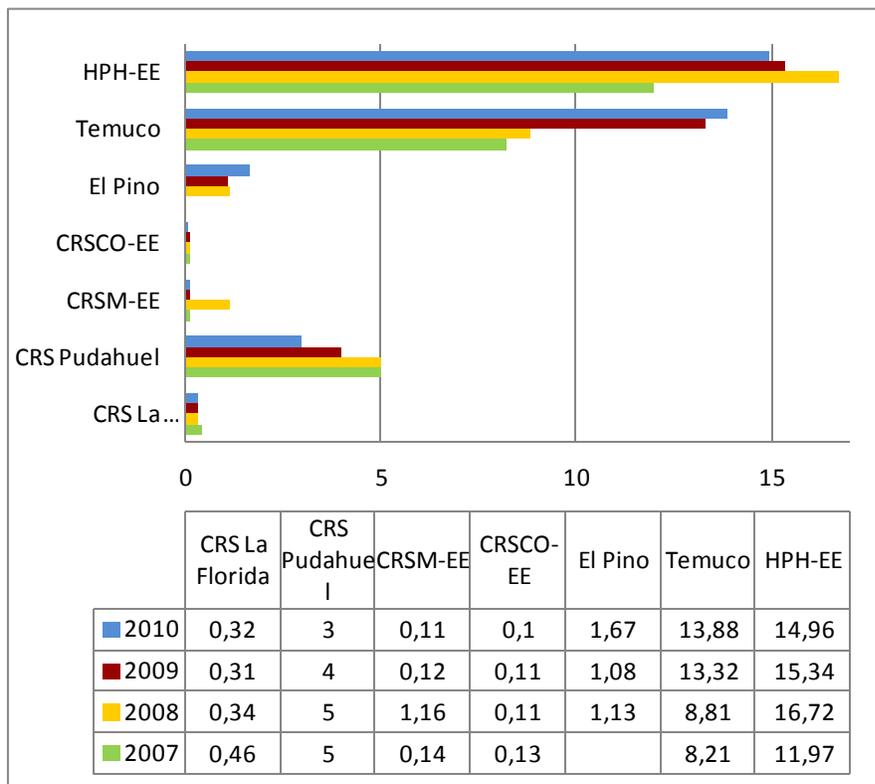
cada establecimiento y beneficia la derivación a niveles de mayor complejidad, lo cual apoya la detección precoz de patologías de relevancia clínica y por tanto se considera un criterio para evaluar el modelo de referencia en la red. Los mejores resultados observados son el CRSM EE y el H. El Pino y destaca la evolución del H. de Temuco en el período estudiado.

Gráfico N° 9
Número de Intervenciones Quirúrgicas Mayores por Pabellón en CRS
Establecimientos Experimentales y Controles



El buen uso del recurso pabellón, infraestructura de alto costo y con una demanda que habitualmente tienen brechas importantes, se evalúa con el presente indicador que es relevante como señal de su buena gestión, fuertemente ligado con la disponibilidad de RRHH especializados y la flexibilidad en su gestión. Este análisis no pudo ser replicado para los hospitales, por falta de información comparable

Gráfico N° 10
Porcentaje de reclamos en relación a paciente atendidos en atención programada
Años 2007 a 2010



El indicador presentado en el siguiente gráfico muestra una tasa muy baja de reclamos en los CRSM y CRSCO, seguido por CRS La Florida, en contraposición a lo que ocurre en el HPH y Temuco, sin tener información que permita explicar este hecho.

Los resultados muestran al H. El Pino con excelentes resultados en relación a los otros dos establecimientos hospitalarios.

3.3.2 Recursos Humanos

Los indicadores utilizados son habitualmente evaluados por el MINSAL y corresponden a rendimiento de RRHH y a licencias médicas curativas. Los datos obtenidos no son comparables en todos los casos y las diferencias encontradas entre ambos grupos no son significativas.

3.4 Análisis comparativo Área financiera CRS y Hospitales

Los establecimientos utilizados para fines comparativos son los mismos que aquellos tomados para los análisis anteriores, esto es: CRS San Rafael de La Florida (CRSSR); CRS Pudahuel (CRSP); hospitales El Pino y Regional de Temuco, ambos en su calidad de EAR.

Los indicadores utilizados han sido diseñados por los consultores para evaluar aquellos aspectos que aparecen como relevantes en el contexto del presente estudio. Se explicita para cada uno de ellos el objetivo de su uso y se comenta respecto de los resultados observados.

Indicador N° 1: Variación del Presupuesto Final vs Inicial en cada año¹⁹

	<i>EE</i>			<i>No Experimentales</i>			
	<i>CRSCO</i>	<i>CRSM</i>	<i>HPH</i>	<i>CRSP</i>	<i>CRSSR²⁰</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>PINO</i>
2007	47%	46%	59%	45%	Sin inf.	39%	18%
2008	37%	47%	41%	72%	Sin inf.	49%	35%
2009	24%	49%	56%	87%	Sin inf.	67%	31%
2010	43%	37%	77%	13%	Sin inf.	46%	55%

Para permitir una mejor gestión, es deseable que este indicador sea lo más cercano a “cero”²¹. Es conveniente que desde comienzo de año se conozcan los recursos financieros de que dispondrán los establecimientos, porque ello les permite planificar, programar y realizar una mejor gestión sanitaria y financiera. Como se observa, aunque todos los establecimientos se ven afectados por una situación en que las variaciones son significativas, ésta es mayor en el caso del HPH.

¹⁹ Este indicador mide la variación en la asignación de presupuesto desde la Ley inicial y decreto final de cierre presupuestario final de cada año.

²⁰ La información financiera en SIGFE del CRSSR no registra presupuesto inicial

²¹ Este porcentaje representa la diferencia entre el presupuesto final respecto del inicialmente asignado

Indicador N° 2: Las transferencias Valoradas e Institucionales²²

	<i>EE</i>			<i>No Experimentales</i>			
	<i>CRSCO</i>	<i>CRSM</i>	<i>HPH</i>	<i>CRSP</i>	<i>CRSSR</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>PINO</i>
2007							
PPV	48%	66%	37%	9%	0%	70%	56%
PPI	52%	34%	63%	91%	100%	30%	44%
2008							
PPV	38%	64%	32%	37%	1%	62%	54%
PPI	62%	36%	68%	63%	99%	38%	46%
2009							
PPV	37%	52%	28%	30%	0%	51%	48%
PPI	63%	48%	72%	70%	100%	49%	52%
2010							
PPV	50%	64%	27%	44%	0%	46%	51%
PPI	50%	36%	73%	56%	100%	54%	49%

Este indicador presenta la composición de las transferencias corrientes definidas y transferidas por FONASA y lo que busca es determinar si existen en las transferencias una tendencia similar o diferente entre los EE y los CRS tradicionales y EAR.

Las PPV²³ se encuentran asociadas a prestaciones, es un pago por resultados, (P*Q). El PPI²⁴ por su parte, no está asociado a actividad; son recursos necesarios para cubrir gastos asociados a reajustes de sueldo, bonos por antigüedad, aguinaldos y asignaciones históricas.

El CRSM es el único establecimiento que presenta mayor PPV respecto de PPI, con excepción del año 2009, el HPH y el de Temuco tienen una evolución a la baja, a diferencia de lo que se observa en El Pino.

Si bien la política definida por el FONASA ha estado orientada a incrementar en forma progresiva el pago por producción, como es el PPV, no es posible identificar esta política de distribución de transferencias en la muestra y período estudiados. La mantención de altos porcentajes de transferencias a través del PPI, no se considera como un incentivo adecuado para los establecimientos. Por tal razón, en las recomendaciones se ha sugerido la incorporación de criterios que transparenten los mecanismos de asignación presupuestaria.

²² Este indicador presenta la composición de las transferencias corrientes definidas y transferidas por FONASA y lo que busca es determinar si existen en las transferencias una tendencia similar o diferente entre los EE y los CRS tradicionales y EAR.

²³ PPV: Programa de Prestaciones Valoradas

²⁴ PPI: Programa de Prestaciones Institucionales

Indicador N° 3: Distribución del gasto operacional (RRHH y Bienes y Servicios de Consumo)²⁵

	<i>EE</i>			<i>No Experimentales</i>			
	<i>CRSCO</i>	<i>CRSM</i>	<i>HPH</i>	<i>CRSP</i>	<i>CRSSR</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>PINO</i>
2007							
RRHH	36%	37%	59%	71%	0%	54%	65%
Bs. y Ss.	58%	58%	38%	27%	95%	31%	31%
2008							
RRHH	44%	32%	58%	68%	0%	51%	69%
Bs. y Ss.	51%	66%	37%	28%	91%	31%	29%
2009							
RRHH	44%	26%	56%	64%	0%	46%	68%
Bs. y Ss.	49%	70%	39%	29%	97%	27%	27%
2010							
RRHH	43%	30%	58%	68%	73%	53%	65%
Bs. y Ss.	51%	67%	38%	28%	26%	33%	31%

Este indicador busca establecer cuál es la composición de gasto, ya que la proporción entre el gasto en RRHH y aquella destinada a Bienes y Servicios, determina en importante medida su capacidad de poder adaptarse con rapidez a los cambios y así responder de mejor forma a las demandas en salud y optimizar su gestión. Esto dado que el gasto en RRHH es poco flexible y mientras más alto es su porcentaje, menos capacidad tiene un establecimiento para adaptarse a los cambios.

Es destacable que los CRS EE presentan una baja proporción de gasto en RRHH en comparación con el CRS del modelo tradicional, que incluso llega a duplicar esta proporción, con lo cual pueden disponer de recursos que les permite modelar su oferta en forma dinámica y de acuerdo a las necesidades de la población.

La distribución del gasto en el HPH como modelo EE y el de Temuco como modelo EAR, son muy semejantes, sobrepasando en todos los casos el 50% de gasto para el RRHH (con excepción Temuco 2009). El segundo EAR tomado para comparación, tiene una proporción significativamente mayor en RRHH, superior al 65% en todos los años; su gasto en Bs. y Ss. es similar a los otros dos hospitales, de lo que se infiere que ha recibido menos transferencias para cubrir gasto en inversión autónoma en los años estudiados.

Cabe señalar respecto al análisis del gasto en el ítem 21 (RRHH) y 22 (Bs. y Ss.), que dado el modelo de gestión de los EE y en forma creciente en los demás establecimientos²⁶, la

²⁵ Este indicador busca establecer cuál es la composición de gasto, ya que la proporción entre el gasto en RRHH y aquella destinada a Bienes y Servicios del establecimiento, determina en importante medida su capacidad de poder adaptarse con rapidez a los cambios y así responder de mejor forma a las demandas en salud y optimizar su gestión

²⁶ La vigencia del AUGE ha llevado a incrementar esta modalidad de contrato en la mayor parte de los establecimientos del SNSS.

contratación de servicios profesionales y no profesionales asociadas a atención en salud son imputados al ítem 22, distorsionando en cierta medida este indicador.

Indicador N° 4: Relevancia del gasto en Farmacia, químicos y compra de servicios clínicos respecto del total de gasto de operación²⁷

	<i>EE</i>			<i>No Experimentales</i>			
	<i>CRSCO</i>	<i>CRSM</i>	<i>HPH</i>	<i>CRSP</i>	<i>CRSSR</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>PINO</i>
2007							
Farmacia	14%	8%	18%	24%	13%	34%	14%
Químicos	13%	3%	5%	5%	3%	7%	5%
Compra servicios clínicos	25%	21%	4%	5%	4%	3%	3%
2008							
Farmacia	17%	9%	19%	27%	13%	33%	17%
Químicos	10%	3%	5%	4%	1%	7%	5%
Compra servicios clínicos	33%	19%	10%	2%	1%	3%	4%
2009							
Farmacia	19%	9%	17%	34%	13%	35%	19%
Químicos	11%	5%	5%	3%	1%	6%	5%
Compra servicios clínicos	28%	21%	14%	1%	1%	3%	4%
2010							
Farmacia	23%	9%	21%	27%	11%	36%	20%
Químicos	10%	4%	6%	3%	3%	7%	4%
Compra servicios clínicos	29%	18%	12%	1%	2%	7%	12%

El gasto en farmacia y en químicos está asociado directamente a la producción interna del establecimiento, mientras que el gasto en compra de servicios refleja la compra de prestaciones al sector privado. Se observa que en el caso de los EE, el porcentaje destinado a Farmacia y Químicos es proporcionalmente menor y que el de Compra de Servicios es mayor, en comparación con los establecimientos No EE. Esto es consistente con la posibilidad de compra de servicios en importante proporción, lo que permite ampliar la cartera de servicios y aumentar la oferta en áreas de mayor demanda; se hace un uso más flexible y dinámico de los recursos financieros. El gasto en químicos no tiene grandes variaciones en los dos modelos en comparación, destacando la mayor proporción del Hospital de Temuco en Farmacia.

²⁷ "Farmacia" incluye: Fármacos, productos para cirugía dental, materiales de curación; "químicos" incluye: productos para exámenes de laboratorio, oxígeno y gases clínicos y otros químicos; "compra de servicios clínicos" incluye: compra de exámenes, compra de intervenciones quirúrgicas, compra de días cama. Por tanto, el gasto en farmacia y en químicos está asociado directamente a la producción interna del establecimiento, mientras que el gasto en compra de servicios refleja la compra de prestaciones al sector privado. El indicador busca por tanto identificar la eficiencia en el gasto de insumos para la producción interna y por otro lado, evaluar la flexibilidad que se espera de un EE para complementar su oferta mediante la compra de servicios.

Indicador N° 5: Distribución del gasto en RRHH en fijos y variables²⁸

	<i>EE</i>			<i>No Experimentales</i>			
	<i>CRSCO</i>	<i>CRSM</i>	<i>HPH</i>	<i>CRSP</i>	<i>CRSSR</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>PINO</i>
2007							
Gasto fijo	76%	87%	83%	83%	0%	79%	74%
Gasto variable	24%	13%	17%	17%	0%	21%	26%
Bonos	5%	2%	5%	7%		7%	5%
Aguinaldos	3%	1%	3%	4%		3%	3%
Horas Extras	1%	4%	2%	0%		5%	7%
Suplencia y reemplazos	0%	5%	4%	3%		3%	7%
Honorarios	15%	0%	3%	3%		3%	4%
2008							
Gasto fijo	62%	88%	78%	80%	0%	78%	71%
Gasto variable	38%	12%	22%	20%	0%	22%	29%
Bonos	4%	3%	5%	6%		7%	5%
Aguinaldos	2%	2%	3%	4%		4%	4%
Horas Extras	1%	4%	3%	0%		5%	7%
Suplencia y reemplazos	0%	3%	4%	3%		3%	7%
Honorarios	31%	0%	7%	6%		3%	5%
2009							
Gasto fijo	63%	92%	79%	79%	0%	76%	72%
Gasto variable	37%	8%	21%	21%	0%	24%	28%
Bonos	4%	1%	4%	6%		8%	5%
Aguinaldos	1%	1%	2%	2%		2%	4%
Horas Extras	1%	4%	3%	0%		4%	6%
Suplencia y reemplazos	1%	2%	3%	3%		6%	7%
Honorarios	30%	0%	10%	10%		4%	6%
2010							
Gasto fijo	66%	91%	77%	79%	73%	75%	71%
Gasto variable	34%	9%	23%	21%	27%	25%	29%
Bonos	5%	2%	4%	7%	3%	7%	6%
Aguinaldos	2%	1%	3%	3%	3%	3%	4%
Horas Extras	1%	4%	3%	0%	5%	4%	6%
Suplencia y reemplazos	1%	2%	3%	2%	4%	5%	7%
Honorarios	26%	0%	10%	9%	13%	4%	7%

Según se presentó con el indicador N° 3 de esta área de evaluación, los EE registran en el período analizado una menor proporción del gasto en RRHH; el indicador N° 5 busca indagar en los diferentes componentes fijo y variable de este ítem.

²⁸ Con este indicador se pretende indagar al interior del componente de gasto en RRHH, para evaluar si el gasto fijo (poco flexible y menos asociado a cambios en la producción) es superior a los componentes variables de las remuneraciones

El gasto variable es mayor en CRSCO en comparación con los otros establecimientos y se encuentra en honorarios, ya que se utiliza este mecanismo de contratación para suplir las brechas de oferta requeridas para cubrir la demanda asistencial. Por su parte, el CRSM ha favorecido la compra de servicios.

Las Horas Extras están principalmente asociadas a la existencia de funciones en horarios no hábiles y son un importante elemento de análisis en la gestión de RRHH por su impacto en el gasto. En el caso de los CRS, la falta de información del CRSSR no permite un análisis más completo; sin embargo, para el año en que esta información sí está disponible, se observa que el porcentaje es mayor en éste que en los demás CRS EE, posiblemente por la utilización del mecanismo de compra de servicios que realizan.

Para el caso de los hospitales, las diferencias no son significativas, dada la estructura en las contrataciones del HPH, con una importante proporción de contratos y funcionarios de planta. Con todo, la evolución del gasto fijo disminuyó en el período observado, indicando una flexibilización en el uso de este recurso. La mayor proporción de Horas Extra y Suplencias en el H. El Pino y Temuco están probablemente asociados a la modalidad en que los establecimientos tradicionales cubren horarios no hábiles.

Indicador N° 6: Variación del gasto vs Variación de actividad²⁹³⁰

	EE			No Experimentales			
	CRSCO	CRSM	HPH	CRSP	CRSSR	TEMUCO	PINO
2008-2007							
Variación actividad	-0.3%	36%	-1%	9%	5%	22%	9%
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	9%	19%	10%	15%	5%	9%	11%
2009-2008							
Variación actividad	8%	-10%	24%	11%	4%	10%	3%
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	7%	25%	18%	16%	6%	12%	10%
2010-2009							
Variación actividad	-1%	1%	27%	-8%	-2%	-12%	23%
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	6%	-8%	5%	1%	294%	4%	9%

El indicador N° 6 presentado en el cuadro precedente, que evalúa la variación expresada en % respecto del gasto y respecto de la actividad entre dos períodos, es una alternativa que para efectos de este estudio nos parece interesante de incorporar como una aproximación para evaluar eficiencia.

La eficiencia se expresa en este indicador, en la medida en que la variación de la actividad es igual o mayor a la variación del gasto. Como se observa, el comportamiento del gasto en todos los establecimientos en estudio es aleatorio y no constante, sin poder definirse un patrón en ninguno de ellos.

3.5 Conclusiones respecto de los resultados observados en el análisis comparativo

Se puede concluir que la hipótesis no puede ser comprobada en este análisis comparativo, principalmente por las limitaciones metodológicas que se observan.

²⁹ Este indicador permite ver la relación existente entre el gasto y la actividad; es decir, en qué medida el gasto varía en relación a la producción. Para su diseño se han seleccionado las prestaciones más representativas de los establecimientos

³⁰ La dificultad en el análisis comparativo de la eficiencia en el uso de los recursos de un establecimiento de salud respecto de otros, radica en la heterogeneidad que se suele dar en cuanto al nivel de complejidad de pacientes atendidos, lo que se denomina "case mix"; esto ya que en la medida que más complejos son los pacientes, mayor es el gasto de su atención. Por otro lado los niveles de calidad, asociada principalmente a tecnologías sanitarias disponibles y complejidad en los tratamientos, influyen en los costos y por tanto, la evaluación de eficiencia tendría que incorporar estos dos aspectos, a lo menos.

En la revisión documental realizada respecto de este tema específico, se señalan diferentes indicadores que relacionan: egresos hospitalarios y gasto total; RRHH y gasto; costo del día cama. Todos ellos sin embargo tienen limitaciones importantes al momento de buscar conclusiones, ya que sólo evalúan "parcialidades" del ámbito de la gestión y del uso de recursos.

Esto dado que los aspectos comparados no son absolutos e idénticos, y para cada uno de los indicadores utilizados hay variables que no se pudieron controlar (diferencias epidemiológicas de la población, por ejemplo), lo cual no permite establecer conclusiones categóricas.

Esto implica que no es posible determinar con certeza o de una manera más robusta si el modelo experimental es el que posee mejores resultados de eficacia y eficiencia. No obstante esta limitación, se obtuvo para este estudio diversos indicadores que sirven para realizar un ejercicio comparativo con un grupo de control de los establecimientos más similares en términos de población y características del entorno en el que se encuentran.

De todos los indicadores, aquellos de producción son los más valorados por la Consultora, dado que tienen un impacto directo sobre la población beneficiaria.

En varias comparaciones³¹ se puede apreciar mejores resultados a favor de los EE; sin embargo, estas diferencias poseen las siguientes características:

- No ocurren en todas las comparaciones
- Cuando ocurren, no son a favor de los EE en su conjunto, sino que uno de ellos es quien obtiene mejores resultados. Por lo mismo, es normal que un No EE supere a uno de los EE.
- Cuando hay diferencias (ya sea a favor de los EE o de los No EE), solamente en algunos casos son importantes, siendo en el resto dicha diferencia no significativa.

Una excepción a lo aquí señalado son los indicadores de producción, que en su conjunto tienen tasas más altas en los EE que en el grupo control.

En cuanto a la comparación de indicadores financieros, varios de éstos no tienen grandes diferencias entre los establecimientos evaluados: Variación del gasto inicial vs final y proporción transferencias PPV y PPI (con excepción de CRSM que tiene una alta proporción de PPV). Sin embargo, se pueden destacar los siguientes hechos que reflejan en cierta medida, las diferencias entre ambos modelos, aunque poco significativas en términos porcentuales, sí son destacables dado los altos montos en términos financieros que estos implican:

- El gasto en RRHH de los CRS EE es menor que los CRS No EE (ítem 21)
- Hay un mayor gasto en la compra de servicios en los EE
- El gasto variable en RRHH tiene una mayor proporción en los No EE para horas extras y suplencias y reemplazos; para el caso de honorarios, ésta proporción es mayor en el CRSCO y la compra de Servicios en el CRSM. Los cambios en los

³¹ Considerando solamente la comparación de Indicadores de Gestión y no los indicadores financieros.

hospitales son menos significativos dada la forma en que se estructura la dotación del HPH, la cual no es muy diferente a la de los hospitales en comparación.

Considerando la gran cantidad de las variables no controladas, lo expuesto nos indica que no es posible considerar en forma categórica el modelo experimental como ventajoso respecto del modelo no EE.

Además de lo expuesto, la aplicación de una metodología exhaustiva de evaluación del desempeño de los EE, en contraposición a la información obtenida de los No EE que sólo se refiere a resultados de indicadores, no permite tener información o argumentos que expliquen muchas de las diferencias observadas, restando así valor a los datos obtenidos.

Sin embargo, si hay elementos positivos que pueden señalarse respecto de este análisis comparativo y que están asociados al Modelo Experimental y la normativa legal sobre la cual se sustenta.

Como decíamos anteriormente, el análisis de producción de los CRS EE y HPH vs establecimientos de control No EE muestra en la mayor parte de los indicadores utilizados, tasas de producción mayores en los EE. Esto es válido tanto para la atención programada como de urgencia y cirugías y para las prestaciones de apoyo como exámenes de laboratorio. Este es un elemento esencial en el análisis, ya que se asocia a una mayor oferta de prestaciones con directo beneficio para la población beneficiaria.

Se considera que son varios los factores que inciden en estos resultados: la flexibilidad del modelo de dotación basado en horas semanales, lo cual le otorga una mayor flexibilidad en la gestión de este recurso; los resultados del análisis financiero muestran el mayor gasto disponible para compra de servicios y contrataciones a honorarios, lo cual es particularmente relevante en el caso de los CRS EE y cuya utilización como mecanismo para adecuar la oferta a la demanda inciden en una mayor producción, además de permitir la introducción de nuevas líneas de productos e implementación de modelos innovadores en el ámbito de la gestión clínica.

3.6 Encuesta Usuario Interno³²

Los resultados más importantes de la aplicación de este instrumento son:

Sobre el 84% del personal de los EE sabe que el establecimiento donde trabajan tiene un modelo particular de gestión, sin embargo, hay un porcentaje que no lo saben o no lo tienen claro en el CRSM y en el HPH (cerca del 14%).

³² Se encuestó a través de portal web a un total de 677 funcionarios seleccionados en forma aleatoria, considerando muestras representativas por estamento para cada EE: CRSM total 267 encuestados; CRSCO: 235 y HPH: 267. Se analizan 167 comentarios adicionales efectuados por los encuestados.

El orgullo de pertenecer y trabajar en un EE es alto, con un promedio de 76,4%; sin embargo, la satisfacción con el sueldo en relación a las responsabilidades que debe cumplir es baja, con un 62,4% de desacuerdo entre los tres EE. En este sentido, cuando se les consulta sobre si creen que los funcionarios de los EE son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales, un 53,6% se manifiesta en desacuerdo.

En cuanto a la estabilidad laboral, las posibilidades de ascenso en la carrera funcionaria, la oportunidad de acceso a capacitaciones para los funcionarios, y la percepción sobre la existencia de espacios de participación para todos los trabajadores, las respuestas de los encuestados son diversas, las cuales varían en cada EE y al interior de estos dependiendo del estamento al que pertenecen los funcionarios encuestados.

3.7 Encuesta Usuario Externo

En el análisis realizado para definir la metodología e instrumentos, se ha privilegiado la idea de poder establecer comparaciones válidas de los resultados de la encuesta aplicada entre los EE y un referente distinto que permita compararlos. Es decir, tener un punto referencial para valorar los resultados de los EE, y de éstos con respecto a otros establecimientos con otros modelos de gestión (EAR y los demás establecimientos públicos no EAR). Es así como se utilizó el instrumento que fue aplicado en el nivel de atención ambulatoria, por los SS y sus establecimientos en el año 2009, por iniciativa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La muestra seleccionada del Estudio MINSAL 2009 incluye un total de 1.259 casos³³. En relación a la encuesta 2011 aplicada para este estudio, se encuestó a un total de 411 personas en los EE: 150 en el CRSM, 116 en el CRSCO y 145 en el HPH.

Con el fin de presentar un reporte de los principales resultados de esta comparación, se creó el Índice Global de Satisfacción³⁴, el cual compara en términos generales la satisfacción de los usuarios externos con los establecimientos de salud, considerando las diferentes dimensiones analizadas. A continuación se presenta el siguiente cuadro resumen.

³³ Se aplicó una metodología para seleccionar los establecimientos con características similares a los EE para efectos comparativos.

³⁴ Para cada dimensión se calculó el promedio, considerando todas las variables que la componen o, en el caso que fuera sólo una variable, se promedió esta. Así, se llegó a 9 promedios, correspondientes a 9 dimensiones, que fueron luego promediadas, con igual ponderación, para crear el IGS.

Cuadro N° 4
Promedios de cada Índice o Variable

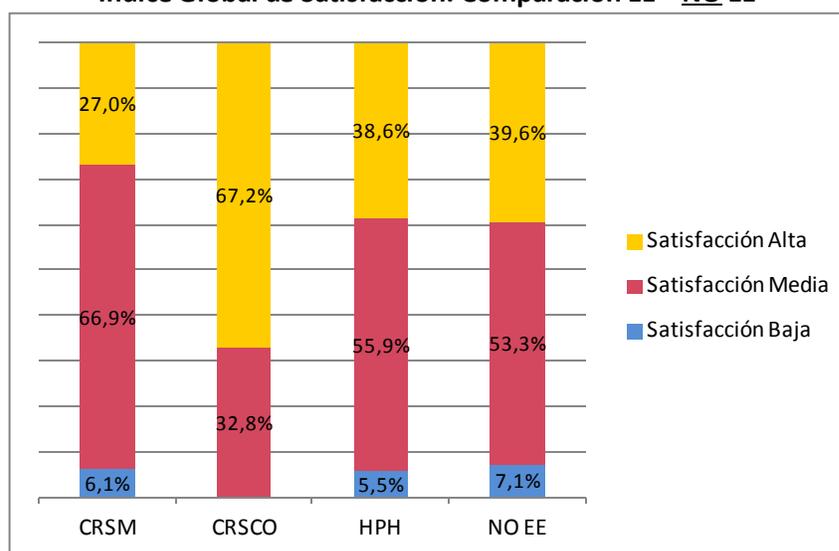
	CRSM	CRSCO	HPH	NO EE
Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud	5,37	6,13	5,63	5,31
Satisfacción obtención hora	4,62	5,34	5,07	5,44
Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar	5,81	6,72	5,6	5,96
Índice de Satisfacción con Personal Profesional	5,32	6,64	5,93	6,28
Índice de Satisfacción con Tiempos de Espera	4,72	4,99	5,04	5,02
Índice de Satisfacción con Infraestructura	5,94	6,26	5,68	5,45
Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo	5,94	5,86	5,57	5,04
Satisfacción Post-Atención	5,72	6,84	6,23	5,56
Satisfacción Global Post	5,46	6,32	5,87	5,88
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud***	5,22	6,26	5,54	s/d

*** No está considerado en "Índice Global de Satisfacción" (IGS) por no encontrarse en el Estudio MINSAL (No EE). Se incorpora en cuadro a modo de comparación entre EE.

Cuadro N° 5
Índice Global de Satisfacción. Comparación EE – NO EE

IGS	CRSM	CRSCO	HPH	NO EE
Media	5,425	6,146	5,663	5,585
DT	0,862	0,585	0,823	0,972

Gráfico N° 11
Índice Global de Satisfacción. Comparación EE – NO EE



A modo de resumen, en cuanto a los resultados de la encuesta de usuarios externos comparada con aquella realizada por el MINSAL en el año 2009, los EE muestran niveles de satisfacción similares en la mayor parte de las áreas evaluadas, destacando los positivos resultados del CRS Cordillera Oriente que están por sobre lo observado en el resto de la muestra con alta significación estadística.

4 Principales Recomendaciones

Los resultados obtenidos con la aplicación de la metodología de ECG son la base sobre la cual se construyen las recomendaciones, de las cuales en este resumen ejecutivo se destacan las principales. Este análisis y evaluación han sido complementadas con la revisión documental, buscando informarse acerca de aspectos conceptuales y la experiencia en otros países y conocer las mejores prácticas, para poder de esta forma contrastar lo observado con un marco referencial.

Este análisis se ha sistematizado en los **aspectos relevantes para la optimización del modelo experimental**, diferenciando aquellas que son de decisión del Nivel Central de aquellas de responsabilidad de los propios EE.

4.1 Normalización de la situación de RRHH en los EE:

Las principales fortalezas del modelo experimental están en la definición de su dotación a partir de “horas semanales”, que le otorgan la base para una gestión dinámica y flexible a este recurso, lo cual se expresa en la incorporación de modelos innovadores en su gestión,

la ampliación de la cartera de servicios orientada a la demanda existente y la satisfacción de usuarios internos.

Sin embargo, hay dos situaciones que se han constituido en factores críticos para la adecuada gestión de los EE: la obsolescencia de los DFL y reglamentos y la exclusión de los EE de beneficios en las remuneraciones, los que han sido aplicados a todo el resto del SNSS.

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. Se recomienda considerar la nivelación de los EE respecto de los demás establecimientos del SNSS en cuanto a las remuneraciones otorgados a sus funcionarios durante los últimos años^{35 36}. Además, en relación a los reglamentos de los tres EE que fijan el sistema de remuneraciones, se recomienda contemplar la actualización de éstos.

Las diferencias que genera esta situación se presentan a continuación, en un caso tipo de profesional jornada 44 hrs. semanales en el HPH:

Comparación de rentas variables aplicadas a la Escala Única de Sueldos Ley 19.664 y aquella aplicada al personal regido por Resolución N° 20 de Remuneraciones

Escala Única de Sueldos Ley 19.664	Montos	Resolución N° 20 sobre remuneraciones HPH	Montos
Base de cálculo 44 hrs.	\$ 707.892	Base de cálculo 44 hrs	\$ 969.599
As. Estímulo hasta 180%	\$ 1.274.206	As. Estímulo 10%	\$ 96.960
As. Responsabilidad: 10% a 130%	\$ 70.783 – \$ 920.260	As. Responsabilidad: 10%	\$ 96.960

Respecto a las **rentas fijas**, la ley N° 20.261 que rige desde el 2008 y aplica a los profesionales médicos incrementó las remuneraciones diurnas en montos que van desde \$ 162.815 hasta \$ 651.261 y las de urgencia en un monto fijo de \$ 128.043.

Los EE fueron excluidos en estas leyes y por tanto no aplica a sus funcionarios.

4.2 La gestión financiera y su relación con las políticas del Nivel Central:

Esta evaluación ha permitido identificar algunos aspectos cuya modificación permitirían optimizar la gestión y perfeccionar el modelo experimental en el ámbito financiero. En entrevista con Jefe Dpto. de Comercialización del FONASA, se plantea que algunas de las

³⁵ La situación existente aparece en este estudio como un serio problema para cubrir la demanda asistencial y dar un adecuado uso a la infraestructura disponible por falta especialmente de profesionales, ya que las remuneraciones ofrecidas no son competitivas con respecto de los demás establecimientos del SNSS. (Ver área de Organización y Gestión: marco legal de RRHH y Encuesta a usuarios internos)

³⁶ Esto tanto en cuanto a rentas fijas (Ley 20.261) como rentas variables asociadas a "Asignación de Estímulo" y "Asignación de Responsabilidad" (Leyes N° 19.882, 19.937, 20.209, 20.261 y 20.270).

recomendaciones planteadas están siendo incorporadas por la entidad financiadora, principalmente en cuanto a la definición de criterios para establecer las transferencias PPV y sobretodo el progresivo incremento de este modelo de financiamiento; para estos efectos se estaría trabajando en la valorización de una mayor cantidad de canastas para así poder incorporarlas a modalidad PPV. En dicha entrevista no fue explicitado el grado de avance de estas líneas de trabajo.

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. La elaboración de presupuesto de los tres EE tiende a formularse en base a lo estimado por realizar el año siguiente, pero la asignación final no obedece fielmente a esa programación ya que se ha determinado que el crecimiento en el presupuesto no está directamente asociado a las variaciones de la cantidad de prestaciones realizadas. Por tanto, se recomienda elaborar el presupuesto inicial considerando los costos reales de la actividad programada para el año y ser conocido al inicio del mismo, de forma tal de así poder los EE programar su actividad asistencial y su ejecución presupuestaria.
2. Se recomienda la explicitación por parte de FONASA de las políticas asociadas a los mecanismos de transferencias, particularmente PPI y PPV, así como la creación de indicadores u otros mecanismos que permitan objetivar los criterios a ser aplicados en estas definiciones.

4.3 Aspectos estratégicos institucionales

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. Se recomienda dar una revisión a los detalles del modelo colaborativo CRSCO y Hospital L. Tisné, con el fin de que se pudiese generar elementos útiles para establecerlo eventualmente como un modelo replicable en otros establecimientos; esto con el objeto de perfeccionar en todos los casos en que corresponda y sea pertinente, los modelos colaborativos entre instituciones prestadoras de salud.
2. Se recomienda establecer instancias regulares en la relación de los EE con el Nivel Central, a objeto de lograr una mejor coordinación y colaboración, que contribuya con mayor fuerza a la implementación de las políticas en salud.

4.4 Respetto del Modelo Experimental

Los EE fueron decretados a través de sus respectivos DFL, sin especificación documentada respecto del modelo de gestión que debía implementarse y los criterios de éxito de dicho modelo. En consecuencia, tampoco se definieron en su momento, indicadores que pudieran evaluar el resultado de este nuevo modelo de gestión de establecimientos de salud.

El análisis comparativo es concluyente sólo respecto de la mayor producción de los EE respecto de los no EE, lo cual tiene una alta relevancia ya que representa un beneficio directo para la población beneficiaria, razón por la cual los indicadores de producción son los más valorados en este estudio comparativo.

Los EE han aplicado modelos de gestión diferentes, los cuales tienen sin embargo elementos en común que son altamente valorados por los entrevistados tanto dentro de los EE como en instancias fuera de los EE. Estos hacen referencia a la dotación a partir de horas semanales y la mayor flexibilidad en la gestión de RRHH, la cual también se da en el área financiera, así como la facilitación para contratación de servicios.

Recomendaciones de decisión del Nivel Central

1. Se recomienda evaluar el modelo de los EAR con la metodología ECG para poder establecer comparaciones válidas con el modelo EE.

4.5 Sistemas de Información e Indicadores de Gestión:

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. Homologar, unificar y validar un instrumento de medición de satisfacción de usuario externo que pueda ser aplicado a nivel nacional, para los distintos niveles de atención, considerando los aspectos generales de toda atención en salud, así como las especificidades de cada nivel. Se considera como un elemento crítico, el unificar la metodología de análisis.
2. Establecer nuevos indicadores de rendimiento de RRHH, considerando la participación tanto de ítem 21 como del ítem 22 en el financiamiento de estos recursos.
3. Implantación de sistema de costeo de prestaciones así como otros sistemas informatizados para apoyo de la gestión, entre los cuales destacan los sistemas de abastecimiento, todo ello con el objeto de mejorar el control presupuestario y la gestión financiera, así como la programación de actividades y cartera de servicios.



Evaluación Comprehensiva del Gasto en los Establecimientos Experimentales

Respuesta Institucional



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

AZY/ MVT/ JDM/dg



ORDINARIO C Nº 3061

ANT.: Ordinario 1212 del 23 de Agosto de 2012.-

MAT.: Respuesta a compromisos tomados entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Dirección de Presupuestos sobre la Evaluación Comprehensiva del Gasto.

Santiago, 16 OCT. 2012

**DE: JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**

**A : ROSSANA COSTA COSTA
DIRECTORA DE PRESUPUESTO**

Estimada Directora:

Junto con saludarla, acuso recibo de la documentación pertinente al proceso relativo a la Evaluación Comprehensiva del Gasto en los Establecimientos Experimentales, que impulsó vuestra Cartera. Al respecto, hemos tomado debida nota de los compromisos asumidos por nuestra Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cuanto a la inclusión de los Establecimientos Experimentales en la evaluación que realizamos anualmente a los Autogestionados en base a la metodología del Balanced Scorecard y la medición que hemos incorporado este año en cuanto a la pertinencia de pacientes derivados desde la Atención Primaria de Salud a los Establecimientos de mayor complejidad, consignados en los puntos dos y nueve de vuestro documento.

Aprovecho la ocasión para agradecerle tan completo informe. Sin perjuicio de lo anterior, la mayoría de los elementos sugeridos por vosotros, han sido contemplados por nuestra administración, los cuales ya se han implementado o bien, se han tomado las acciones encaminadas a resolver los hitos observados por dicho documento.

Sin otro particular, le saluda atentamente,


**JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**

DIVISION CONTROL DE GESTION
Nº 985
FECHA INGRESO 17 OCT. 2012

Distribución:

- o La indicada
- o Gabinete Sr. Ministro de Salud
- o Jefe de Auditoria
- o Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- o Asesor Redes, Sra Alejandra Meniconi
- o Oficina de Partes

DIRECCION DE PRESUPUESTOS
OFICINA DE PARTES
17 OCT. 2012
3
ENVIADO A: Evaluación de Presupuestos

OF DE PARTES DIPRES
17.10.2012 10:46

0126202012