

Gerencia Salud Consultores

Evaluación Comprehensiva del Gasto en los Establecimientos Experimentales

Informe Final

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



Siglas	15
Capítulo 1	18
Área de Evaluación: “Diseño Institucional”	18
1. Evaluación de las definiciones estratégicas 2010	19
1.1. Prioridades Gubernamentales – Misión y Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales	20
1.2. Misión y Objetivos estratégicos de los EE año 2010.....	24
1.3. Análisis y evaluación de los productos estratégicos de cada EE en relación a sus definiciones estratégicas.....	32
2. Pertinencia de los objetivos y productos estratégicos de los EE	37
2.1. Los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010	37
2.2. Las características demográficas y epidemiológicas de la población beneficiaria	38
2.3. Características de la red asistencial de los EE.....	40
3. Estrategias de focalización en la entrega de los PE:	44
4. Identificación y evaluación de duplicidades, superposiciones y complementariedades en la producción de los productos estratégicos.....	46
4.1. Complementación público – privada en el sector salud:.....	46
Capítulo 2	49
Área de Evaluación: “Aspectos Financieros – Uso de Recursos”	49
1 Consideraciones de orden general	50
2 Algunas consideraciones de orden general a partir del trabajo en terreno y análisis de las fuentes de información.....	50
3 Descripción en detalle de cada aspecto sujeto de evaluación:	53
3.1 Criterios de Asignación y Distribución de Recursos:.....	53
3.2 Proceso de elaboración y ejecución del presupuesto de los EE	55
3.3 Estructura de Financiamiento:.....	59
3.4 Usos de los Recursos:.....	62
3.5 Gestión Financiera:	65
3.6 Eficiencia en el Gasto de Inversión y Mantenimiento:	75
3.7 Eficiencia:	78

Capítulo 3.....	81
Área de Evaluación: “Organización y Gestión”	81
1 Marco legal, gestión y estructura organizacional	82
1.1 Análisis del Marco Legal que rige los EE	82
1.2 Modelo de gestión	92
1.3 Análisis y evaluación de la estructura organizacional.....	99
2 Diagnóstico en Comunicación Organizacional de los EE:.....	104
2.1 Aplicación del instrumento metodológico:.....	104
2.2 Análisis	105
2.3 Evaluación final del Diagnóstico Comunicacional:.....	112
3 Interacción con otras instancias gubernamentales:	113
3.1 Subsecretaría de Salud.....	113
3.2 APS:	115
3.3 Directores de SS:	116
3.4 Dirección de Presupuestos.....	118
3.5 Fondo Nacional de Salud.....	119
4 Procesos claves para la generación de productos estratégicos:.....	120
4.1 Análisis y evaluación de los procesos asociados a PE en los EE	122
5 Pago a proveedores y modalidad de contratos	124
5.1 Esquema de pago a proveedores.....	124
5.2 Modalidad de Contratos	125
5.3 Evaluación	126
6 Control de Gestión:.....	127
6.1 Evaluación:	128
7 Auditoría y Rendición de Cuentas.....	129
7.1 Mecanismos de Auditoría de los EE.....	129
7.2 Rendición de cuentas	134
7.3 Auditorías realizadas por la Contraloría General de la República	135
8 Sistemas de información gubernamental y otros.....	137
8.1 Descripción de los sistemas en uso en el sector salud:	137

8.2	Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's), hardware, redes y afines:	140
8.3	Hardware, redes y afines	145
9	Infraestructura, equipamiento y gestión de mantenimiento:	145
9.1	Infraestructura y equipamiento clínico asistencial:.....	146
9.2	Mantenimiento y logística:	147
9.3	Análisis y evaluación	149
10	Recursos Humanos:.....	150
10.1	Análisis y evaluación:.....	155
Capítulo 4	157
Área de Evaluación: “Comparación Global de Desempeño”		157
1	Comparación de los EE con CRS no experimentales y Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)	158
1.1	Metodología utilizada para la selección de los EAR.....	159
1.2	Análisis comparativo: áreas sujetas a evaluación.....	163
1.3	Análisis de los CRS.....	164
1.4	Análisis de los Hospitales	175
1.5	Análisis comparativo Área financiera CRS y Hospitales	183
1.6	Conclusiones respecto de los resultados observados en el análisis comparativo	196
2	Indicadores de desempeño de los EE	198
2.1	CRSM.....	198
2.2	CRSCO.....	201
2.3	HPH	202
Capítulo 5	204
Área de Evaluación: “Encuesta Usuario Interno”		204
1	Introducción.....	205
1.1	Metodología.....	205
2	Ánalisis por establecimiento:.....	206
3	CRS Maipú	206
3.1	Descripción de la muestra.....	206

3.2	Sentido de pertenencia a la Institución	208
3.3	Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionaria y posibilidades de ascenso.....	209
3.4	Acceso a capacitación y perfeccionamiento.....	212
3.5	Existencia y uso de instancias de participación	214
3.6	Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral	216
3.7	Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora.....	220
3.8	Satisfacción con la Infraestructura.....	222
4	CRS Cordillera Oriente	223
4.1	Descripción de la muestra.....	223
4.2	Sentido de pertenencia a la Institución	224
4.3	Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionaria y posibilidades de ascenso.....	225
4.4	Acceso a capacitación y perfeccionamiento.....	229
4.5	Existencia y uso de instancias de participación	231
4.6	Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral	233
4.7	Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora.....	237
4.8	Satisfacción con la Infraestructura.....	239
5	Hospital Padre Hurtado.....	240
5.1	Descripción de la muestra.....	240
5.2	Sentido de pertenencia a la Institución	241
5.3	Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionaria y posibilidades de ascenso.....	243
5.4	Acceso a capacitación y perfeccionamiento.....	246
5.5	Existencia y uso de instancias de participación	248
5.6	Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral	250
5.7	Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora.....	254

5.8	Satisfacción con la Infraestructura.....	256
6	Análisis comparativo de encuestas usuario interno de los tres establecimientos experimentales	257
6.1	Descripción de la muestra.....	257
6.2	Sentido de pertenencia a la Institución	260
6.3	Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionaria y posibilidades de ascenso.....	262
6.4	Acceso a capacitación y perfeccionamiento	267
6.5	Existencia y uso de instancias de participación	269
6.6	Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral	271
6.7	Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora.....	275
6.8	Satisfacción con la Infraestructura.....	278
7	Comentarios sobre la encuesta en página web.....	278
7.1	Sentido de pertenencia a la Institución (y relaciones dentro de ella)	279
7.2	Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionaria y posibilidades de ascenso.....	280
7.3	Acceso a capacitación y perfeccionamiento	281
7.4	Existencia y uso de instancias de participación	281
7.5	Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral	282
7.6	Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora.....	282
7.7	Satisfacción con la Infraestructura.....	282
	Capítulo 6	283
	Área de Evaluación: “Encuesta Usuario Externo”	283
1	Introducción	284
2	Metodología:.....	285
3	Área de Evaluación: “Encuesta Usuario Externo”	287
3.1	Descripción de la Muestra	289

3.2	Satisfacción con el Sistema de Salud	292
3.3	Imagen del Sistema de Salud	294
3.4	Pre – Atención.....	296
3.5	Atención.....	299
3.6	Infraestructura	308
3.7	Áreas de Apoyo	310
3.8	Post – Atención	314
3.9	Satisfacción Global Posterior	315
3.10	Solución de Problemas.....	316
3.11	Índice Global de Satisfacción (IGS).....	318
4	Análisis por Establecimiento	326
5	CRSM	326
5.1	Descripción de la Muestra	326
5.2	Satisfacción con el Sistema de Salud	327
5.3	Imagen del Sistema de Salud	328
5.4	Pre – Atención.....	329
5.5	Atención.....	330
5.6	Infraestructura	334
5.7	Áreas de Apoyo	336
5.8	Post – Atención	337
5.9	Satisfacción Global Posterior	338
5.10	Solución de Problemas.....	338
6	CRSCO.....	339
6.1	Descripción de la Muestra	339
6.2	Satisfacción con el Sistema de Salud	340
6.3	Imagen del Sistema de Salud	341
6.4	Pre – Atención.....	343
6.5	Atención.....	344
6.6	Infraestructura	348
6.7	Áreas de Apoyo	349

6.8	Post – Atención	350
6.9	Satisfacción Global Posterior	351
6.10	Solución de Problemas.....	352
7	HPH	353
7.1	Descripción de la Muestra	353
7.2	Satisfacción con el Sistema de Salud	354
7.3	Imagen del Sistema de Salud	355
7.4	Pre – Atención.....	356
7.5	Atención.....	358
7.6	Infraestructura	363
7.7	Áreas de Apoyo	364
7.8	Post – Atención	366
7.9	Satisfacción Global Posterior	367
7.10	Solución de Problemas.....	368
8	Conclusiones y otras consideraciones	369
	Capítulo 7	372
	Formularios Revisión Documental	372
	Capítulo 8	453
	Conclusiones y Recomendaciones	453
1	Antecedentes	454
2	Aspectos generales:	454
2.1	Conclusiones de Evaluación Comprehensiva la del Gasto – EE	454
3	Recomendaciones.....	457
3.1	Normalización de la situación de RRHH.....	457
3.2	La gestión financiera y su relación con las políticas del Nivel Central.....	458
3.3	Aspectos estratégicos institucionales	459
3.4	El funcionamiento de la red asistencial	461
3.5	Respecto del Modelo Experimental.....	463
3.6	Otras recomendaciones	464
3.7	Respecto de las encuestas a usuarios externos:.....	465

Siglas

APS	Atención Primaria de Salud
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
AVPP	Años de Vida Potenciales Perdidos
CAE	Consultorio Adosado de Especialidades
CAIGG	Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno
CDT	Centro de Diagnóstico Terapéutico
CECOF	Centros Comunitarios de Salud Familiar
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía - ONU
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CGR	Contraloría General de la República
CIRA	Consejo Integrador de Red Asistencial
COLDAS	Comisión Local Docente Asistencial
COMPIN	Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
CONFENATS	Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud
CRS	Centro de Referencia de Salud
CRSCO	Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente
CRSM	Centro de Referencia de Salud Maipú
CRSP	Centro de Referencia de Salud Pudahuel
CRSSR	Centro de Referencia de Salud La Florida
DEIS	Departamento de Información en Salud - MINSAL
DFL	Decretos con Fuerza de Ley
DIPRES	Dirección de Presupuestos
DT	Desviación Típica o Estándar
EAR	Establecimiento Autogestionado en Red
ECG	Evaluación Comprehensiva del Gasto
EE	Establecimiento Experimental
ERP	Sistema de Planificación de Recursos Empresariales
FENATS	Federación Nacional de Trabajadores de la Salud

FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
GRD	Grupos Relacionados al Diagnóstico
GSC	Gerencia Salud Consultores
HIS	Hospital Information System (Sistema Informático Hospitalario)
HPH	Hospital Padre Hurtado
HSBA	Hospital San Borja Arriarán
HUAP	Hospital de Urgencia Asistencia Pública
IGS	Índice Global de Satisfacción
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPC	Índice de Precios al Consumidor
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
MAI	Modalidad Atención Institucional
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
MLE	Modalidad Libre Elección
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OE	Objetivos Estratégicos
OIRS	Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias
PB	Población Beneficiaria
PE	Productos Estratégicos
PG	Prioridades Gubernamentales
PMG	Programas de Mejoramiento de la Gestión
PPI	Programa Prestaciones Institucionales
PPV	Programa Prestaciones Valoradas
RM	Región Metropolitana
RNLE	Registro Nacional de Listas de Espera
RRHH	Recursos Humanos
RRPP	Relaciones Públicas
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia

SDA	Sub Dirección Administrativa
SDM	Sub Dirección Médica
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDRA	Sistema de Información de la Red Asistencial
SIGFE	Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado
SIGGES	Sistema de Gestión Garantías Explícitas en Salud
SINIM	Sistema Nacional de Información Municipal
SIRH	Sistema de Recursos Humanos.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SOME	Servicio de Orientación Médica y Estadística
SS	Servicio de Salud
SSAS	Servicio de Salud Araucanía Sur
SSMC	Servicio de Salud Metropolitano Central
SSMO	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
SSMOcc	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
SSMSO	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
SSRA	Subsecretaría de Redes Asistenciales
TIC's	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
TIS	Tecnologías de Información en Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDD	Universidad del Desarrollo
UEH	Unidades de Emergencia Hospitalaria
UPC	Unidad de Paciente Crítico
UTI	Unidad de Tratamiento Intermedio
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
WinSIG	Sistema de Información Gerencial (versión Windows)

Capítulo 1

Área de Evaluación: “Diseño Institucional”

1. Evaluación de las definiciones estratégicas 2010

En este capítulo se describen, analizan y evalúan las Prioridades Gubernamentales (PG), la Misión y Objetivos Estratégicos (OE) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA), así como las definiciones estratégicas de los Establecimientos Experimentales (EE). Se tomarán los antecedentes del año 2010, para el cual hay información y documentación que hace posible el análisis y evaluación de la relación existente entre estas definiciones en las distintas instituciones. Los antecedentes de otros períodos serán comentados toda vez que tengan relación o aporten al análisis.

Este análisis tiene relevancia, particularmente al analizar el modelo de gestión y los resultados obtenidos por los EE a través de su aplicación, ya que la hipótesis que se plantea en esta área es que éstos resultados están fuertemente vinculados a la pertinencia y adecuación de las definiciones estratégicas que afectan el desempeño de los EE. Estas deben responder a los propósitos para los cuales se diseñaron los EE y mantenerse dentro del marco de los Decretos con Fuerza de Ley (DFL) que los crean. Por otro lado, para ser efectivamente un aporte a las políticas sectoriales, deben estar en consonancia con las definiciones estratégicas emanadas del Nivel Central, teniendo la capacidad de adaptarse a la realidad particular en la cual están insertos.

La revisión documental realizada en torno a este tema pone particular énfasis en la planificación estratégica como herramienta que permite alinear las funciones en torno a objetivos, programas y actividades; se revisa como referencia los casos de Canadá, Francia y España, en donde dichas planificaciones se realizan a corto y mediano plazo, definiendo las prioridades sanitarias para cada período.¹ Junto con ello, se deben definir los factores críticos de éxito así como considerar la resistencia al cambio que pueda surgir en la aplicación de las estrategias definidas; particular énfasis se otorga a la existencia de capacidades y competencias en los diferentes niveles del sistema para su adecuada gestión². Un aspecto a destacar, es el énfasis que se otorga al hecho de que este enfoque estratégico, que sustituye al “administrativo”, debe generarse a través de un proceso participativo y de consenso entre políticos, gestores y ciudadanos³.

Los elementos que entrega esta revisión documental han sido tomados en consideración como premisa para definir la metodología aplicada en la evaluación de ésta área y a su vez es insumo para los análisis posteriores de este estudio.

¹ Ver Formario Revisión Documental Nº 20

² Ver Formulario Revisión Documental Nº 21 y 22

³ Ver Formulario Revisión Documental Nº 23

La evaluación se realiza desde las siguientes perspectivas:

- PG y su expresión en la misión y OE de la SSRA
- Consistencia entre la misión y OE de la SSRA con la Misión y OE de cada EE
- Análisis y evaluación de los Productos Estratégicos (PE) de cada EE

Para el análisis y evaluación de estos temas se ha tomado como referencia las definiciones que entrega la Dirección de Presupuesto (DIPRES), las cuales se señalan a continuación en sus principales aspectos.

A continuación se presenta la descripción de las diferentes definiciones estratégicas de las instituciones que son parte del análisis, el cual se realiza junto con la evaluación, al término de cada acápite.

1.1. Prioridades Gubernamentales – Misión y Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

Prioridades Gubernamentales:⁴

1. Generar políticas públicas orientadas a desarrollar condiciones de vida para la salud y a fomentar competencias en la población para el auto cuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables.
2. Otorgar a la población una atención primaria de alta calidad, resolutiva, acogedora y cercana, fortaleciendo el modelo de salud familiar y comunitaria, mejorando el acceso como puerta de entrada al sistema en coordinación con el resto de la red de salud. Que cuente con equipos técnicos profesionales de salud, motivados, estables y capacitados en el modelo de salud familiar y comunitaria. Fortaleciendo además las inversiones en Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros de Salud Comunitarios.
3. Incorporar buenas prácticas de atención, centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable, estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.
4. Garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de niñas y niños desde la gestación, priorizando acciones en aquellos de mayor riesgo sanitario y social.
5. Mantener en óptimas condiciones la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía, fomentando el auto cuidado y la red de protección social

⁴ DIPRES: Ficha de Identificación año 2010 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

- de su entorno inmediato, impulsando modelos integrales y participativos de prevención, protección y cuidado acorde a su condición.
6. Fortalecer la red asistencial pública, para responder en forma oportuna y de calidad, otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.

Misión de la SSRA⁵

“Regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respecto de los derechos y dignidad de las personas.”

Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales⁶

1. Consolidar el funcionamiento de las redes de alta complejidad y macro-redes asistenciales, a través del aprovisionamiento de equipamiento para los establecimientos de la red, definiendo estándares de calidad, velando por la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, para fortalecer la Red Pública de Salud.
2. Asegurar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red del Servicio Público, con criterios de equidad, para superar las brechas de tecnología sanitaria.
3. Mejorar la gestión de la Atención Primaria, para lograr mayor resolutividad e integralidad a través del modelo de Salud Familiar y Comunitario como eje del sistema de salud.
4. Implementar políticas destinadas a desarrollar recursos humanos en los Servicios de Salud (SS) centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación inter estamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
5. Mejorar la gestión de las políticas ministeriales a través de la reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de las redes asistenciales como de la Autoridad Sanitaria, para lograr mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos del sector.
6. Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan fortalecer la inclusión de los grupos vulnerables.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

Análisis y Evaluación de las Prioridades Gubernamentales, la Misión y Objetivos Estratégicos de la SSRA:

Prioridades Gubernamentales: La 1º de estas Prioridades tiene, según se describe en el 1º OE de la Subsecretaría de Salud Pública⁷, relación con esa Subsecretaría ya que son todas áreas de responsabilidad suya según lo define la ley de Autoridad Sanitaria⁸; la 5º PG alude al grupo poblacional del adulto mayor, cuya importancia es relevante en cuanto a la transición demográfica que vive el país, ya que Chile tiene una expectativa de vida el 2010 de 79,1 años, existiendo en el año 2002 un total de 1.7 millones de personas sobre los 60 años de edad (11,4% de la población total)⁹; sin embargo, no queda claro su carácter de prioridad si se la compara con otros grupos como las personas con discapacidad que según la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 corresponden al 6,9%¹⁰ de la población total o aquellos con exceso de peso que es de 64,5%¹¹, siendo éste reconocido como un importante factor de riesgo para la salud. Esta PG no tiene expresión en ningún OE de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ninguno de los cuales hace referencia a grupos poblacionales específicos.

La misión: Está adecuadamente formulada según las definiciones de la DIPRES. Alude a la función primordial que le fuera asignada a través de la Ley de Autoridad Sanitaria en cuanto a la coordinación y articulación de la red asistencial y recoge en ella los Objetivos Sanitarios definidos por la Autoridad Sanitaria para cada década.¹²

En cuanto a los OE, se considera que todos ellos se relacionan con la misión y son pertinentes ya que hacen referencia a aspectos relevantes, tales como:

- Las redes de alta complejidad que representan un área difícil de gestionar por la brecha de oferta y demanda existente y su concentración en la Región Metropolitana (RM)¹³
- Las Garantías Explícitas en Salud, que son un mandato de ley en cuanto a su cumplimiento¹⁴

⁷ 1º OE de la Subsecretaría de Salud Pública: "Desarrollar políticas públicas que fomenten estilos y hábitos de vida saludables, a través del fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel nacional y regional, para fomentar en la población competencias de autocuidado y protección de estilos de vida y entornos saludables, y mejorar la capacidad de detección temprana de enfermedades que puedan ocasionar discapacidades." www.MINSAL.cl

⁸ Ley Nº 19.937 MINSAL 2004 que entre otros crea dos Subsecretarías y define sus funciones.

⁹ Fuente: INE, Censo 2002 y Proyección poblacional

¹⁰ Definición: declara "muchas, demasiadas" dificultad para realizar tareas de trabajo y del hogar

¹¹ Definición: exceso de peso con un Índice de Masa Corporal ≥ 25

¹² MINSAL, "Objetivos Sanitarios de la década 2000 – 2010", según el documento en su parte introductoria: "señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar en el año 2010, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema de salud chileno. La formulación de objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma sectorial, cuyos componentes deben articularse para el logro de las metas. De esta forma, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias." Ver: http://epi.MINSAL.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm

¹³ Sustentado por la opinión de los entrevistados de los SS y de los EE respecto a este tema

¹⁴ Ley Auge 19.966 Julio 2005, MINSAL

- El rol de la APS está validado desde la Declaración de Alma Ata en 1968 “Salud para todos al 2000” y es pilar del modelo de Salud Pública en Chile
- Aspectos de RRHH, dada la relevancia que tiene en la prestación de servicios y las implicancias financieras para la gestión de los establecimientos (ver “Uso de recursos” del presente estudio)
- Eficiencia y efectividad en el uso de los recursos
- Participación y el control social: asociado a temas de transparencia y elemento central de los modelos de salud en países como Australia y Francia¹⁵, los que han sido incorporados en la Reforma Sanitaria de la década del 2000.¹⁶

Dada la relevancia que tiene el tema de la calidad de los prestadores tanto del sector público como privado y la reciente implementación del modelo de acreditación en Chile¹⁷, se considera que éste debiera ser considerado también como un OE; por otra parte, se asocia a la PG N° 2 (calidad en la atención).

Por lo expuesto, se evalúa este ámbito como parcialmente deficiente, ya que se considera necesario reevaluar la pertinencia de las PG N° 1 y 5, así como la incorporación del tema calidad entre los OE.

Definiciones estratégicas del 2011¹⁸:

Las PG se modifican parcialmente, centrando el énfasis en temas de: calidad y satisfacción de usuarios, fortalecimiento de la APS y de las redes asistenciales, asegurar el cumplimiento del GES y mejorar la gestión administrativa y clínica del sector, con énfasis en la gestión hospitalaria. (Anexo N° 1¹⁹).

La misión de la SSRA se mantiene (Anexo N° 2) y se modifican los OE según se señala en el análisis que se muestra en Anexo N° 3; se observa una consistencia entre estas tres definiciones estratégicas para el año 2011, las cuales son evaluadas como más completas con respecto de aquellas del año 2010.

Por lo tanto, se considera que las definiciones estratégicas del año 2011 son adecuadas y representan una mejora respecto de aquellas del 2010.

¹⁵ Ver Formulario Revisión Documental N° 4 y N° 5

¹⁶ Heynig Pepper, Elisa. “El contexto social y los condicionantes de la obesidad en Chile: las políticas públicas y su implementación”. Tesis de título profesional de sociología. Universidad de Chile. 2008. www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-heynig_e/pdfAmont/cs-heynig_e.pdf: Artículo que en su parte introductoria resume los ejes de la Reforma de la Salud en Chile.

¹⁷ Ver antecedentes de organismo a cargo: Superintendencia de Salud <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-1580.html>

¹⁸ Según se señala en sitio Web del MINSAL (Octubre del 2011): http://www.MINSAL.gob.cl/portal/url/page/MINSALcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/presentacion_subs_redes_asist.html

¹⁹ Los anexos se encuentran separados en los mismos capítulos en los que se presenta el documento.

Definiciones Estratégicas del período 2006 - 2009²⁰:

El año 2006 las definiciones estratégicas están centradas en el proceso de Reforma de la Salud y la ampliación de la cobertura y oportunidad en la atención con énfasis en los Objetivos Sanitarios de la década, con eficiencia y equidad; estos se expresan adecuadamente en los OE de ese año que hacen referencia a: funcionamiento de las redes asistenciales, GES, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y la red de urgencia, y el mejoramiento de los mecanismos contables y financieros de los SS.

Las definiciones estratégicas de los años 2007 y 2008 son idénticas; se diferencian de aquellas del año 2006 en cuanto se orientan a una fase de implementación más avanzada de la Reforma de la Salud, ya que aluden a las funciones que asumen el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Autoridad Sanitaria Regional, la implementación del GES, los bienes de salud pública y el enfrentamiento de emergencias sanitarias ambientales.

En el año 2009 la misión se mantiene y se modifican todos los OE, los cuales se reorientan a la promoción y prevención en salud, la calidad en la atención y la participación ciudadana, el acceso a los sistemas integrales de protección social, la calidad de vida de los adultos mayores y el fortalecimiento de la red asistencial pública.

Evaluación del período 2006 – 2009:

Se evalúan positivamente las modificaciones en las definiciones estratégicas que responden a los grandes cambios sectoriales como se refleja en el año 2006 al 2008, período en que se inicia la implementación de la Reforma Sectorial; sin embargo, la incorporación de nuevas áreas temáticas en los OE del año 2009 se considera inadecuada, ya que a juicio de los consultores, por un lado no da cuenta de la necesaria continuidad en la implementación de una Reforma Sectorial de la magnitud de la realizada en el sector salud y por otra, toma aspectos puntuales como el caso del adulto mayor y los sistemas de protección social, los que quedan fuera del contexto de la misión.

1.2. Misión y Objetivos estratégicos de los EE año 2010

1.2.1. CRS Maipú (CRSM)

Misión institucional²¹

“Nos comprometemos a ser el mejor establecimiento de salud pública del país, que garantice atención integral en red, de manera oportuna, eficiente, de calidad, sin discriminación, preservando la dignidad de las personas.”

²⁰ DIPRES: Ficha de Identificación de la Subsecretaría del Ministerio de Salud de cada año

²¹ Bases de Licitación del presente estudio, referidas al año 2010

Objetivos Estratégicos²²

1. Impulsar mayor acceso a la salud para la población beneficiaria del Seguro Público de FONASA (Fondo Nacional de Salud); lo anterior con foco en la integración apropiada con la Atención Primaria como principal puerta de acceso al sistema de salud, y en la detección de necesidades sentidas de la población y no satisfechas por el sistema en su conjunto.
2. Integrar a las redes sociales al quehacer del Establecimiento, a través de la comunidad organizada; esto, para que pueda cumplir su rol, tanto en la construcción conjunta de un mejor sistema sanitario, como en el establecimiento de exigencias por necesidades sentidas de la comunidad.
3. Articular en el marco de la Red Asistencial, soluciones apropiadas para entregar respuesta a los problemas de salud existentes en la población. Lo anterior considerando aspectos de relación con el mismo nivel secundario y otros niveles asistenciales, aspectos de financiamiento, y necesidades de la Red Asistencial (preferencial u otra definida con el FONASA), con foco en mejora de la gestión por procesos.
4. Velar por prestar servicios en coordinación e integración con los agentes de la Red Asistencial en la cual participa el Establecimiento, incluyendo en esto tanto a los Establecimientos de Salud, la Comunidad y el nivel Central (FONASA y Ministerio de Salud), para implementación y desarrollo de sus capacidades resolutivas a nivel asistencial.
5. Responder coordinadamente a los requerimientos de salud de la población, en forma conjunta con el Fondo Nacional de Salud y la Red Asistencial, asegurando viabilidad en el largo plazo del establecimiento y su modelo de gestión.
6. Instalar una gestión innovadora en el marco de salud pública, a través de la interacción de los diferentes integrantes que conforman al CRSM, logrando identificación y compromiso institucional para facilitar el logro de cada uno de los objetivos que se establezcan.

Análisis y Evaluación de las definiciones estratégicas del CRSM año 2010:

La formulación de la misión del año 2010 se considera insuficiente, ya que no incorpora el “cómo” en la concreción de su propósito; su enunciado parte con lo que se podría considerar más bien una Visión. Se omiten los Objetivos Sanitarios en su formulación, aspecto relevante para el MINSAL en cuanto a definición de su propósito. Sí incorpora el énfasis principal de la misión de la SSRA, cual es el funcionamiento de las redes asistenciales.

En cuanto a los OE, se observa una concordancia de todos ellos con respecto a los de la SSRA lo cual significa un aporte sustancial al cumplimiento de los objetivos del Nivel Central. El OE

²² Bases de Licitación del presente estudio, referidas al año 2010

Nº6 es atingente a la gestión institucional del CRSM, lo cual está relacionado con temas de eficiencia que la SSRA recoge en el OE N° 5.

Se considera que existe redundancia en los aspectos relacionados con coordinación y complementariedad de las Redes Asistenciales en los enunciados de los OE N° 1, 3 y 4; sin embargo, no se considera que haya aspectos relevantes no incluidos en los OE del CRSM.

Este EE ha desarrollado además una Planificación Estratégicas en los años 2002, 2006 y 2008 en la cual se definen misión y OE; a continuación se hace referencia a las dos últimas, ya que pertenecen al período de evaluación del presente estudio.

Definiciones estratégicas del CRSM del año 2006:

En el año 2006, estas están vinculadas a los Objetivos Sanitarios 2000 – 2010, siendo su misión definida como: “Somos un centro experimental público de salud con una cultura organizacional en donde los trabajadores/as, la ciudadanía y directivos nos comprometemos con la salud de la población, liderando en el sector salud las acciones sanitarias, financieras y la gestión de las personas, generando conocimiento y valor social.”

Los Objetivos Estratégicos se definieron como:

1. Aumentar la Equidad en la atención de salud en la población, brindando más acceso y calidad de excelencia en la atención
2. Asegurar Eficiencia y Eficacia en las atenciones a los usuarios
3. Implementar herramientas de gestión actualizadas en los procesos funcionales
4. Asegurar el aprovisionamiento de las competencias requeridas para lograr calidad total en los servicios provistos por el CRS Maipú, tanto para sus usuarios como para los trabajadores
5. Dar respuesta a los requerimientos usuarios definidos en la Red Asistencial, especialmente en el ámbito de la Ambulatoriedad
6. Establecer al CRS Maipú como un polo de Participación Ciudadana, particularmente en lo referente a las expectativas en Salud de los ciudadanos
7. Accionar medidas tendientes al constante mejoramiento en la calidad y satisfacción del Usuario, en todas las dimensiones personales que el CRS Maipú tenga impacto

La misión y OE están bien formulados y contienen aspectos ligados a los Objetivos Sanitarios, incorporando además temas de gestión interna que surgen de la planificación estratégica realizada. Estos están alineados con los modelos de gestión de establecimientos de salud que propicia el MINSAL en el período de la Reforma de Salud.²³

²³ MINSAL. O. Artaza, S, Barría y cols. División de Gestión de Red Asistencial. 2006. “Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios”.

Definiciones estratégicas del CRSM del año 2008:

La misión se mantiene sin modificaciones respecto del año 2006 y los OE tienen una formulación y estructuración que resulta inadecuada si se aplican los criterios definidos por DIPRES, lo cual no hace posible un mayor análisis de éstos. (Ver Anexo N° 4)

Definiciones estratégicas del CRSM del año 2011:

La misión del año 2011 (Anexo N° 5) tiene una formulación más adecuada ya que cumple con los requisitos definidos para una misión, situación que como se señalara previamente, se considera ausente en aquella del año 2010; se observa mayor consistencia en el contenido, ya que alude a la cultura organizacional, el compromiso con la salud de la población y la forma en que la acción del CRSM se proyecta; se evalúa como positivo este cambio efectuado en el año 2011.

1.2.2. CRS Cordillera Oriente (CRSCO)

Misión:²⁴

“Al 2010, nuestros usuarios reciben una atención de salud de excelencia, caracterizada por la eficiencia, la oportunidad y la calidad, realizada por personal que cuenta con las competencias técnicas y relacionales necesaria para la práctica asistencial especializada, la docencia y la investigación, en un ambiente de estabilidad y cordialidad.”

Objetivos Estratégicos:²⁵

1. Otorgar una atención de salud especializada y de excelencia con eficiencia, oportunidad y calidad
2. Contar con personal necesario y con competencias técnicas y relacionales para la práctica asistencial especializada, la docencia y la investigación
3. Implementar programas de capacitación, formación y especialización continuas y pertinentes en competencias técnicas y relacionales
4. Definir e implementar una política interna de desarrollo de las personas que implique establecer estrategias participativas
5. Priorizar y potenciar ámbitos de desarrollo de nivel secundario de atención, de acuerdo a las necesidades de la red

²⁴ Fuente: Planificación Estratégica institucional del año 2008, coincidente con la información entregada en las Bases de Licitación del presente estudio. Según información entregada por el CRSCO, no ha habido otra Planificación Estratégica, la cual está programada para los próximos meses.

²⁵ Ibid.

6. Revisar y perfeccionar en forma continua normas de referencia y contrarreferencia en red
7. Participar y aportar al fortalecimiento e integración de la red asistencial
8. Normar la docencia e investigación
9. Establecer los estándares que utilizará el CRS en sus procesos
10. Revisión y mejora de procesos internos de gestión y administración
11. Establecer protocolos de atención para patologías, con el fin de estandarizar la atención
12. Formalizar la canalización de los proyectos de innovación
13. Contar con adecuado equipamiento e infraestructura (higiene, seguridad y ergonomía)
14. Desarrollar ambiente de estabilidad laboral y cordialidad para funcionarios
15. Implementar mecanismos formales, efectivos y oportunos de comunicación e información
16. Generar y gestionar Recursos económicos para el financiamiento de las actividades
17. Potenciar y perfeccionar uso de tecnología de comunicación e información
18. Promover la participación tanto de usuarios internos y externos

Análisis y Evaluación de las definiciones estratégicas del CRSCO:

La misión recoge los aspectos centrales de la misión de la SSRA en cuanto a satisfacción de necesidades de salud de la población y la calidad de la atención. Omite el marco referencial de los Objetivos Sanitarios y el inicio de la misma “Al 2010...” aparece más como de una visión; la misión tiene una trascendencia en el tiempo en la que no se definen plazos.

Con los 18 OE se cubren todos los aspectos relacionados con lo OE de la SSRA, algunos con mayor énfasis como es el caso de RRHH (OE N° 4 de la SSRA). Se relevan temas de gestión institucional, infraestructura y Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC`s) lo cual apoya la eficiencia y calidad en la atención que están recogidos en dos OE de la SSRA: N° 1 y 5, todo lo cual se considera adecuado. Sin embargo, la formulación de algunos de estos OE corresponde más bien a actividades o tareas que a OE y en cuanto a los OE relacionados con Recursos Humanos (RRHH) (N° 2, 3, 4, 14, 15 y 16), éstos son redundantes y la dispersión de este tema en 6 OE es evitable. No se considera que haya OE adicionales que sean requeridos.

Se concluye que en el caso del CRSCO, se hace necesaria una nueva Planificación Estratégica que corrija los aspectos aquí señalados y actualice estas definiciones.

No se tiene antecedentes de otros procesos similares realizados en el período que contempla el presente estudio (2004 – 2010)

1.2.3. Hospital Padre Hurtado (HPH)

Misión:²⁶

Somos un Hospital con una gestión moderna y eficiente, orientada a satisfacer las necesidades de salud de los beneficiarios del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), preferentemente de las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón.

Nos coordinamos adecuadamente con el resto de los establecimientos de la Red de Atención para dar respuesta en forma integral a las necesidades de nuestros usuarios.

Nos proponemos brindar una atención de calidad, personalizada, humanizada e informada, para lo cual procuraremos incorporar y mantener un personal calificado y altamente motivado, reconociendo en él a nuestro principal recurso.

Aspiramos a una plena identificación con la comunidad para desarrollar iniciativas conjuntas a favor de la misma.

Objetivos Estratégicos Año 2010²⁷

1. Otorgar acciones de salud con altos estándares de eficiencia, eficacia y resolutividad a la población asignada.
2. Incrementar la calidad de las atenciones entregadas mediante un modelo de gestión centrado en el usuario, a través de la implementación de un modelo de mejoría continua.
3. Mantener y profundizar una cultura innovativa que dé cuenta de los avances producidos en los campos de la gestión y atención hospitalaria y las necesidades de la población asignada.
4. Fortalecer el trabajo en red con la APS mediante permanentes innovaciones en los soportes de servicios y coordinaciones más estrechas.
5. Mantener y profundizar la vinculación con la comunidad mediante el fortalecimiento del Consejo Consultivo del HPH, con el objeto de asegurar la detección oportuna de las necesidades de la población asignada.
6. Adecuar la oferta de atención de especialidades a las demandas de la población asignada que no puede ser satisfecha en la red
7. Desarrollar acciones docentes de formación de especialistas a través de un modelo integrado con la APS.

²⁶ Bases de Licitación del presente estudio, referidos al año 2010

²⁷ Ibid.

Análisis y Evaluación de las definiciones estratégicas del HPH:

La misión hace énfasis en los aspectos contenidos en la misión de la SSRA, omitiendo los Objetivos Sanitarios. Su formulación es extensa en comparación a las aquí analizadas y en el último párrafo: “Aspiramos a una plena identificación con la comunidad para desarrollar iniciativas conjuntas a favor de la misma”, no se da respuesta al “cómo” se plantea el logro del propósito.

Sus OE recogen todos los aspectos contenidos en los de la SSRA, incorporándose la gestión e innovación como tema propio del establecimiento. No se observan redundancias ni carencia en cuanto a los OE del HPH.

Definiciones estratégicas del 2011:

El HPH ha reformulado sus OE para el período 2011 – 2014 (Ver Anexo N° 6), los cuales se orientan a los desafíos que enfrenta este establecimiento, según lo señalan los directivos entrevistados (Ver en capítulo: área de evaluación “Organización y Gestión”).

Conclusiones respecto de la misión y OE de los EE:

Si bien el análisis de cada misión arroja observaciones de forma y contenido, se puede concluir que en su conjunto, responde adecuadamente a la misión de la SSRA, con la excepción de no aludir, en ninguno de los EE, a los Objetivos Sanitarios, situación que se considera como una falencia.

El siguiente cuadro resume lo observado en cuanto a OE:

Cuadro N° 1
Contenidos principales de los Objetivos Estratégicos de la SSRA y EE

OE presentes en:	Ámbito	Nº de OE asociado al ámbito			
		SSRA	CRSM	CRSCO	HPH
Subsecretaría de Redes Asistenciales	Red Asistencial: fortalecimiento	1	3,4	5,6,7	6
	GES: funcionamiento	2	4	6	6
	APS: fortalecimiento y modelo de salud familiar	3	1	6	4
	Desarrollo del RRHH	4	6	2,3,4,14,15	7
	Eficiencia y Efectividad en el uso de recursos /capacidad resolutiva	5	4	1,16	1
	Control social, participación, derechos ciudadanos	6	2	18	5
	Acceso a la salud	2	1		3
	Atención de salud /Calidad	1, 4	5	1,11	2
Establecimientos Experimentales	EE: Gestión institucional/Innovación		6	8,9,10,12,	3
	Infraestructura / TIC's			13,17	
Total de Objetivos Estratégicos		6	6	18	10

Elaboración propia GSC

En cuanto a su relación con las PG, la misión y OE de los EE se asocian como se señala a continuación:

- con la N° 2 en forma directa en lo que es atingente a prestadores
- con el N° 3 en su totalidad
- con el N° 5 en cuanto los adultos mayores son parte de la población beneficiaria de los EE
- con el N° 6 en forma directa en lo relativo a la red asistencial.

El OE N°1 no es atingente a instituciones prestadoras en salud y el N° 4 hace referencia al programa de protección social que no pueden vincularse en forma exclusiva con prestadores. Así, son consistentes con éstos sólo en forma parcial.

A partir del análisis precedente, se puede concluir que la contribución de los EE al logro de la misión y OE de la SSRA puede calificarse de alta, así como su vinculación con las PG es adecuada en todos los aspectos que le son atingentes.

1.3. Análisis y evaluación de los productos estratégicos de cada EE en relación a sus definiciones estratégicas

A continuación se presentan los productos estratégicos de los EE y la población beneficiaria definida para cada uno de ellos²⁸ correspondientes al año 2010.

CRSM

1. Atención de Urgencia por demanda espontánea, incluyendo consulta médica y prestaciones diagnósticas y terapéuticas asociadas: acceso a toda persona que requiera atención de urgencia en la admisión del Servicio
2. Consulta de Especialidades por demanda derivada desde APS, otros centros de la red o bien de otro Servicio Clínico del Establecimiento, incluyendo prestaciones diagnósticas y terapéuticas asociadas: Beneficiarios del FONASA, derivados desde los consultorios de la red asistencial, de otros centros en red asistencial, o bien desde algún servicio clínico del mismo CRSM
3. Especialidades Odontológicas y Urgencia dental; consulta de especialidades por demanda derivada de APS y espontánea de urgencia. Incluye prestaciones diagnósticas y terapéuticas asociadas: Beneficiarios del FONASA, derivados desde los consultorios de la red asistencial, de otros centros en red asistencial, o bien desde algún servicio clínico del mismo CRSM
4. Unidad de Hospitalización de Corta Estadía; día cama de paciente hospitalizado, derivado desde Urgencia CRSM y red hospitalaria. Incluye prestaciones diagnósticas y terapéuticas asociadas: Beneficiarios de FONASA, derivados desde establecimientos hospitalarios pertenecientes a la red asistencial con derivación ya coordinada entre los equipos clínicos o bien desde el Servicio de Urgencia Ambulatoria del CRSM
5. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria; cirugía realizada de manera electiva por derivación desde Especialidades Médicas del CRSM. Incluyen consulta quirúrgica y prestaciones diagnósticas y terapéuticas asociadas: Beneficiarios de FONASA, derivados para tratamiento quirúrgico desde los Servicios de Especialidades Quirúrgicas y de Especialidades Médicas del CRSM.

Para el año 2011 se realizan dos modificaciones en los PE que son de interés señalar: a) la atención dental como está definida en la PE N° 3 del año 2010, se separa en dos PE, separando la atención de urgencia de aquella programada en el área dental. Esto tiene

²⁸ Bases de Licitación del presente estudio para el año 2010

relevancia, ya que el CRSM es el único centro de atención dental de urgencia dentro del SSMC, junto con el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP). **b)** se incorpora la Atención de Hospitalización Domiciliaria, modelo de muy alto impacto en la población.

CRSCO

1. Prestaciones de exámenes de Laboratorio e Imagenología: pacientes beneficiarios de la ley 18.469, Hospital Luis Tisné, APS Peñalolén, pacientes de Modalidad Libre Elección (MLE) del área oriente
2. Plan de Capacitación del CRSCO: funcionarios y trabajadores del CRSCO, pacientes beneficiarios
3. Atención de patología GES de Oftalmología: pacientes beneficiarios de Peñalolén
4. Sistema de gestión de calidad: pacientes beneficiarios, funcionarios y trabajadores CRSCO
5. Programa de Mantención de Equipamiento Médico: pacientes beneficiarios, funcionarios y trabajadores CRSCO

HPH

1. Atención Ambulatoria: Pacientes derivados de APS
2. Atención de Urgencia: Población usuaria
3. Hospitalización: pacientes derivados de APS, otros establecimientos y de los servicios de urgencia
4. Exámenes y otras atenciones: pacientes derivados de consultas de especialidad, servicios de urgencia y hospitalización

Los PE del HPH se mantienen sin modificaciones en la Planificación Estratégica realizada para el período 2011-2014.

Análisis y Evaluación de los Productos Estratégicos (PE) de los EE:

El CRSM y HPH tienen en común en la formulación de sus PE, una definición agregada de servicios y prestaciones, las que corresponden a grandes líneas de producción de un establecimiento prestador de salud; por su parte, el CRSCO incorpora diversos tipos de PE teniendo sólo el N° 1 “Exámenes de Laboratorio e Imagenología” las características previamente señaladas para el CRSM y HPH; los demás representan diferentes ámbitos de los ejes que definen el modelo de gestión del CRSCO, sin poderse identificar en ellos su carácter

de estratégicos ni la forma en que permiten concretar sus OE, tal cual los define DIPRES, razón por la cual se consideran inadecuados en el contexto analizado.²⁹

Para el análisis y evaluación de los PE, se han diseñado los siguientes cuadros que sistematizan el análisis respecto de la relación entre PE y OE de cada EE:

Cuadro N° 2
Objetivos Estratégicos del CRSM y su vinculación con Productos Estratégicos

Nº OE	OE del CRSM: Ideas Fuerza	Nº PE con el que se vincula
1	Acceso a la salud de población beneficiaria	1, 2, 3, 4, 5
2	Integración de redes sociales al quehacer del establecimiento	3
3	Articular soluciones apropiadas para entregar respuesta a los problemas de salud existentes en la población	1, 2, 3, 4, 5
4	Velar por prestar servicios en coordinación e integración con los agentes de la Red Asistencial en la cual participa el Establecimiento	1, 2, 3, 4, 5
5	Responer coordinadamente a los requerimientos de salud de la población en conjunto con la red asistencial y FONASA	1, 2, 3, 4, 5
6	Gestión institucional innovadora	4

Elaboración Propia GSC

Dado que todos los PE están asociados a la satisfacción de necesidades de prestaciones de salud de la población, éstos aparecen pertinentes para los OE que se asocian a este aspecto.

Cabe destacar como PE la atención de Urgencia Dental, PE N° 3, responde a un requerimiento específico efectuado por la comunidad y por tanto, se considera asociado al OE N° 2. La incorporación de camas de corta estada (PE N° 4) es una modalidad de atención innovadora para el nivel secundario de atención, ya que no está en sus definiciones iniciales.

²⁹ En las observaciones efectuadas por el CRSCO al Primer Informe de Avance se señala que estos PE "...fueron escogidos e informados para efectos de esta evaluación como trazadores de nuestra gestión global en función de los ejes que definen el modelo de gestión: Eje de la gestión, eje de la producción, eje de las personas, eje de la calidad, eje de los recursos físicos y financieros"

Cuadro N° 3
Objetivos Estratégicos del CRSCO y su vinculación con Productos Estratégicos

Nº OE	OE del CRSCO: Ideas Fuerza	Nº PE con el que se vincula
1	Otorgar una atención de salud especializada y de excelencia con eficiencia oportunidad y calidad	1, 3, 4, 5
2	Contar con personal necesario y con competencias técnicas y relacionales para la práctica asistencial especializada, la docencia y la investigación	2, 4
3	Implementar programas de capacitación, formación y especialización continuas y pertinentes en competencias técnicas y relacionales	2
4	Definir e implementar una política interna de desarrollo de las personas que implique establecer estrategias participativas	2
5	Priorizar y potenciar ámbitos de desarrollo de nivel secundario de atención, de acuerdo a las necesidades de la red	1, 3
6	Revisar y perfeccionar en forma continua normas de referencia y contra referencia en Red	3
7	Participar y aportar al fortalecimiento e integración de la red asistencial	1
8	Normar la docencia e investigación	Ninguna
9	Establecer los estándares que utilizará el CRS en sus procesos	1
10	Revisión y mejora de procesos internos de gestión y administración	4
11	Establecer protocolos de atención para patologías	1, 4
12	Formalizar la canalización de los proyectos de innovación	Ninguna
13	Contar con adecuado equipamiento e infraestructura (higiene, seguridad y ergonomía)	4
14	Desarrollar ambiente de estabilidad laboral y cordialidad para funcionarios	Ninguna
15	Implementar mecanismos formales, efectivos y oportunos de comunicación e información	Ninguna
16	Generar y gestionar Recursos económicos	1
17	Potenciar y perfeccionar uso de tecnología de comunicación e información	Ninguna
18	Promover la participación tanto de usuarios internos y externos	Ninguna

Elaboración Propia GSC

Hay 18 OE de los cuales 12 se encuentran vinculados a uno o más PE; los OE del CRSCO que no tienen un PE claramente identificado son de variada índole, según se evidencia en el cuadro precedente. Estas definiciones estratégicas, OE y PE, se consideran inadecuadas.

Cuadro N° 4
Objetivos Estratégicos del HPH y su vinculación con Productos Estratégicos

Nº OE	OE del HPH: Ideas Fuerza	Nº PE con el que se vincula
1	Otorgar acciones de salud con altos estándares de eficiencia, eficacia y resolutividad	1, 2, 3, 4
2	Aumento de la calidad, mejora continua y modelo centrado en el usuario	1, 2, 3, 4
3	Profundizar cultura innovativa en gestión y atención hospitalaria	1, 2, 3, 4
4	Fortalecer trabajo en red con APS	1, 2 , 3
5	Fortalecer vínculo con la comunidad para detección de necesidades de la población	Ninguna
6	Adecuar oferta de especialidades a la demanda	1, 2, 4
7	Acciones docentes en modelo integrado con APS	Ninguna

Elaboración Propia GSC

En 5 de los 7 OE hay uno o más PE vinculados, todos ellos relacionados con el otorgamiento de prestaciones de salud; no hay PE vinculados a dos OE: vínculo con la comunidad y docencia integrada en APS. Esto se evalúa como una deficiencia en las definiciones estratégicas del HPH.

Conclusiones y análisis complementarios:

Al realizar un análisis transversal de misión, OE y PE de cada EE, se puede concluir que esta es parcial en todos los EE, particularmente en cuanto al hecho de que hay OE que no tienen una correspondencia en PE, tal cual se explicita en el desarrollo de este capítulo. Es decir, los tres EE tienen deficiencias en la definición de sus PE si se considera como referente los OE; sin embargo, todos los PE están vinculados a un OE y en tal sentido existe coherencia y pertinencia de los PE.

Un análisis comparativo de los tres EE muestra mayor semejanza y coherencia entre las definiciones estratégicas del CRSM y HPH respecto del CRSCO, situación que pudiera explicarse con los antecedentes entregados en este análisis (Ver acápite “Análisis y Evaluación de los PE de los EE” previamente descrito). Sin embargo se reitera la necesidad de realizar una nueva definición de éstas definiciones estratégicas en el caso del CRSCO.

En cuanto a la suficiencia de PE, se considera que hay áreas que pueden ser incorporadas en los tres EE como PE por la relevancia que tienen, punto que será tratado en el análisis de la Matriz y luego en recomendaciones.

2. Pertinencia de los objetivos y productos estratégicos de los EE

Para evaluar la pertinencia de los OE y PE en el área de la asistencia sanitaria, que es el rol de los EE y al cual hacen referencia sus definiciones estratégicas, se realiza el análisis en tres aspectos:

1. Los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010
2. Las características demográficas y epidemiológicas de la población beneficiaria
3. Las características de la red asistencial en la cual están insertos cada uno de los EE

2.1. Los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010

El MINSAL ha elaborado los Objetivos Sanitarios a partir de los cuales se definen las cuatro metas para la década:

1. mejorar los logros sanitarios alcanzados
2. enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad
3. disminuir las desigualdades
4. prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

Estas acciones a ser realizadas por el sistema de salud y definidas como prioritarias, se vinculan directamente con los OE de los tres EE tal como muestra el siguiente cuadro:

Cuadro N° 5
Vinculación de los Objetivos Sanitarios 2000 – 2010 con los Objetivos Estratégicos de los EE

Objetivo Sanitario 2000 – 2010 MINSAL	Nº de OE con el cual se vincula		
	CRSM	CRSCO	HPH
1° Mejorar los logros sanitarios alcanzados	1, 3	1, 4, 5	1, 4, 6
2° Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad	1, 3	1, 4, 5	1, 4, 6
3° Disminuir las desigualdades	1	1, 5	2, 4, 6
4° Prestar servicios acordes a las expectativas de la población	2, 3	1, 3, 4, 13, 18	1, 2, 5, 6

Elaboración Propia GSC

Como se observa, aun cuando no están declarados en la misión de ninguno de los tres EE, los Objetivos Sanitarios han sido considerados en las definiciones de los OE, aportando así con las definiciones de políticas sectoriales emanadas del Nivel Central. Sin embargo, su explicitación en la misión se considera pertinente, ya que daría mayor coherencia entre las diferentes definiciones estratégicas.

2.2. Las características demográficas y epidemiológicas de la población beneficiaria

La pertinencia de los OE y PE en el caso de salud, está fuertemente ligada a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población a la cual benefician. Esto se explica por:

- La influencia que tienen en el nivel de salud de las personas los denominados “determinantes de salud”³⁰ y otros indicadores que son los analizados en este acápite.
- Este perfil y nivel de salud define en gran medida el tipo de prestaciones que se deben realizar; es decir, los OE y PE de un establecimiento de salud deben estar en consonancia con éstos.
- Son elementos importantes a la hora de evaluar los resultados en salud obtenidos producto de la implementación de los PE.

Para caracterizar la población beneficiaria de los EE, se han seleccionado diversos indicadores que corresponden a determinantes de salud y otros que aportan al análisis de pertinencia de los OE y PE.

La serie de gráficas y valores obtenidos en el análisis de las comunas que corresponden a los tres EE se presenta en el Anexo N° 8; en el desarrollo que sigue, se presenta a modo de síntesis, los elementos más destacados atingentes a cada uno de los EE.

- La edad de la población beneficiaria de cada EE no presenta diferencias significativas; la comuna de Macul (CRSCO) tiene la menor población infantil y la mayor proporción de población mayor de 65 años de las 7 comunas a las que asisten los EE
- Determinantes del nivel de salud: escolaridad, denuncias por violencia intrafamiliar, desempleo y pobreza³¹. Las comunas que tienen en peores niveles estos cuatro indicadores son las correspondientes al HPH (La Granja, La Pintana y San Ramón). Con ello, este EE se hace cargo de una población más vulnerable, con factores del entorno que representen una dificultad al accionar de los equipos de salud y con una mayor complejidad de los pacientes que asisten a él, especialmente en la atención de urgencia.

³⁰ Ver Anexo N° 7 para complementar la información

³¹ Estos no son los únicos indicadores que reflejan los determinantes de salud; responden a la información que GSC pudo obtener, recientes y desagregada por comuna, lo cual es un requisito para realizar este análisis.

- Un determinante muy relevante para la mortalidad infantil es el nivel de escolaridad de la madre (ver gráfica N° 3 del Anexo N° 8); en estas comunas, la mortalidad infantil se duplica en aquellos casos en que la madre tiene escolaridad de 0 a 8 años, con respecto a aquella que tiene 13 o más años de estudio. Como se mencionara, las comunas del HPH son las que presentan menor escolaridad, bajo el promedio de la RM, lo cual incide en la morbilidad y mortalidad infantil de esa población.
- La población inscrita en ISAPRE de las comunas correspondientes a los EE es menor al promedio de la RM, con excepción de Maipú (datos del 2006); por el contrario, en las del HPH esta no supera el 7%, lo cual se asocia al nivel socio económico de la población. En la misma gráfica N° 4, se muestra los resultados de la encuesta Casen 2006, que muestra el % de personas que declaran haber tenido un problema de salud y que no recibieron la respectiva atención. Los niveles que están por sobre el promedio de la RM se ubican en La Pintana, La Granja (ambas del HPH) y Macul (CRSCO).
- El indicador “Años de vida potenciales perdidos” (AVPP) es un indicador de impacto que mide las muertes prematuras y por tanto, señala población con mayor riesgo; el índice es más alto en la comuna de La Pintana (HPH).
- La mortalidad por tres de las principales causas de muerte en Chile³² señala a las comunas del HPH como las con tasas más altas de muerte por Traumatismos y Envenenamientos, lo cual es consistente con los datos presentados sobre denuncias de violencia. De igual forma, la esperanza de vida a los 20 años es menor en las comunas de La Granja y San Ramón.

Conclusiones:

El análisis realizado, particularmente cuando se compara con la RM, muestra a la población beneficiaria de los EE con indicadores que desde el punto de vista sanitario la señalan como más vulnerable y de mayor riesgo, siendo esto particularmente notorio para el HPH.

En este contexto es que se deberán analizar y evaluar los resultados de salud y relacionar las tasas de producción de los EE en las áreas más relevantes, es decir, tomando en consideración la descripción epidemiológica y demográfica efectuada.

Dado que este análisis muestra la necesidad de mejorar los niveles de salud de la población beneficiaria y disminuir las brechas de oferta y demanda, se considera que los OE y PE de los EE están enfocados en esa dirección y por tanto son consistentes con esta realidad. Sin embargo, las definiciones estratégicas de ninguno de los EE explicita estos determinantes de salud como objetivo de su accionar, lo cual se considera como una insuficiencia.

³² Se refiere a: Enfermedades del Sistema Circulatorio, Tumores y Traumatismos y Envenenamientos

2.3. Características de la red asistencial de los EE

Este tercer aspecto para el análisis de pertinencia de OE y PE de los EE tiene su fundamento en el modelo del sistema de salud público en Chile, que, tal como se describe someramente más adelante, está basado en la complementariedad y cooperación en la oferta de prestaciones y servicios entre sus establecimientos. Por tanto, los PE que cada EE ha definido, ha de responder a las necesidades de la población usuaria, pero en el contexto del Servicio de Salud (SS) al cual están integrados. Estos conceptos se encuentran desarrollados en forma más extensa en un estudio realizado por el Banco Mundial que profundiza la relevancia de este análisis de red asistencial.³³

Antecedentes respecto de las redes asistenciales³⁴:

El modelo vigente en Chile que organiza a la red pública de establecimientos de salud se basa en los SS, que son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados con personalidad jurídica y patrimonio propio. A ellos se suma la APS que depende mayoritariamente de las municipalidades: “La red de cada SS, se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte el MINSAL, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.”³⁵

Considera la existencia de establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad, siendo generalmente el de más alta complejidad el “hospital base” del SS correspondiente; este puede a su vez ser un centro de referencia regional y/o nacional para determinadas especialidades. A ellos se suman los denominados “Institutos” que desarrollan un área particular de especialidades médicas, como por ejemplo traumatología, neurología y neurocirugía, entre otros. En general los hospitales tienen incorporado los llamados “Consultorio Adosado de Especialidades” (CAE), o en su defecto, los Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT) que realizan las actividades ambulatorias de especialidades. Se suman a la red los Centros de Referencia en Salud (CRS) que son un referente de menor complejidad que los CAE o CDT y que funcionan en áreas de alta densidad poblacional para cubrir la alta demanda en algunas especialidades.

³³ Ver Formulario Revisión Documental Nº 1.

³⁴ “Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de SS”. 2^a edición Dic. 2004. Dra. X. Aguilera y Cols. MINSAL.

³⁵ MINSAL, Reglamento de los SS, Dto. 140 de 2004, Artículo 3º y 4º.

La Atención Primaria de Salud (APS):

El modelo actualmente vigente³⁶ aborda el desafío de consolidar la implementación del modelo de atención en el trabajo con familias y comunidades, desarrollando nuevas formas relacionales, que sitúan al usuario en el centro y a la APS como eje del Sistema de Salud.^{37 38}

La red de urgencia:

Este modelo, al igual que los anteriores, tiene diferentes niveles de complejidad: algunos hospitales cuentan con Servicios de Urgencia que pueden incluir atención del adulto, pediátrica y/o gineco obstétrica. Reciben referencias de los denominados Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), que son servicios de urgencia adosados a los CESFAM o Centros de Salud, cuyo horario de atención en general es hasta las 20 horas. Este se complementa con el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU)³⁹

Servicios de Salud a los que se integran los EE

A continuación se señalan los elementos que fundamentan la pertinencia de los OE y PE que tiene cada EE, desde la perspectiva de las redes de salud a las que pertenecen, es decir, el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) para el caso del CRSM, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) para el CRSO y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) para el HPH. (Ver en Anexo 9 los antecedentes en detalle y gráfica que sustentan este capítulo).

³⁶ Manual de Apoyo a la implementación del Modelo de Atención integral de Salud con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Año 2008.

³⁷ Ver documentación complementaria en “De consultorios a Centros de Salud. Marco Conceptual” MINSAL 1^a Edición 1992 y 2^a edición 1997 y Modelo de Atención Integral en Salud (2005) Serie Cuadernos Modelo de Atención Nº 1 Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial.

³⁸ Los establecimientos que componen esta red de APS tienen al igual que en el caso de los SS, complejidades crecientes en el nivel de resolutividad, siendo los Consultorios de Salud y Centros de Salud Familiar (CESFAM) los de mayor complejidad. Luego están en menor complejidad, los Centros Comunitarios Familiares (CECOF), que otorgan atención, en un corto plazo, a las necesidades de salud de forma integral, en localidades donde existen problemas de accesibilidad. Promueven el trabajo con las familias y la comunidad en el accionar del establecimiento. Son dependientes de un CESFAM o Centro de Salud y poseen un equipo de salud formado por médico, enfermera, matrona, asistente social, paramédico y administrativos. Finalmente en las zonas más retiradas y en general de baja densidad poblacional, están las Postas Rurales de Salud que funcionan con técnicos de la salud y rondas periódicas de profesionales que asisten a la población de su área de influencia.

³⁹ En la mayor parte de los SS existe el SAMU, constituido por una flota de ambulancias con diferente nivel de complejidad, las cuales realizan la atención de urgencia prehospitalaria y se encargan de la derivación de pacientes dentro de la red. La incorporación de este modelo de atención pre hospitalaria, coordinada vía telefónica en un “centro o base SAMU”, ha tenido un impacto muy positivo en la recuperación principalmente de pacientes accidentados y/o que requieren atención inmediata. Cada SS coordina el funcionamiento del SAMU en coordinación con los SAPU y Servicios de Urgencia hospitalarios.

CRSM:

Tiene a cargo las comunas de Maipú (Población Beneficiaria (PB) 301.951)⁴⁰ y Cerrillos (PB: 59.430).

Se ubica en Maipú, comuna con gran superficie y baja densidad poblacional, cuya red asistencial está basada en los establecimientos de APS y el CRSM, tanto para la red electiva como de urgencia, al igual que Cerrillos. Esto ya que los únicos dos hospitales que incorpora Este SS están en la comuna de Santiago: el Complejo San Borja Arriarán y el HUAP. El primero de éstos es de alta complejidad con centros de referencia para hospitalización en varias especialidades, las que están en la atención ambulatoria en el CDT y una urgencia pediátrica y maternal, y el HUAP asiste sólo urgencias del adulto como centro de referencia nacional de trauma y quemados, principalmente.

De esta forma, el CRSM cumple un rol fundamental en la red al responder a la demanda que se genera en esas comunas; los PE (Nº 1, 2, 3) que incluyen especialidades médicas, atención dental, ambas en atención programada como de urgencia, han logrado compensar en forma muy significativa las demandas de salud de la población, tanto por la ubicación geográfica que tiene como por complementar la oferta de los otros establecimientos de la red. De particular relevancia es la cirugía mayor ambulatoria, (PE N° 5) que otorga a este centro una mayor capacidad resolutiva, sin tener que derivar pacientes para la resolución de su problema de salud. Destaca además la hospitalización de corta estada (PE N° 4) que es un modelo innovador para los CRS que entre otras ventajas, permite la descarga de pacientes del HUAP cuando éste se ve con falta de camas para pacientes más críticos; cuenta con 30 camas, asiste prioritariamente a pacientes de Maipú y Cerrillos y según lo informado por el médico a cargo, los estudios de satisfacción usuaria le dan una alta valoración. Este programa se liga a la atención hospitalaria en domicilio implementada en forma más sistemática el 2010 (PE que se formula como tal en el año 2011), modelo de gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y en cuanto a economía del sistema.

Según un estudio francés⁴¹ “la creación de 10.000 plazas de Hospitalización Domiciliaria para hacerse cargo de pacientes que necesitan cuidados de rehabilitación o acompañamiento, representaría una economía de cerca de 350 millones de euros por año”.

Se concluye que los PE del CRSM son suficientes y pertinentes según las características de esta red.

CRSCO:

Tiene a cargo las comunas de Peñalolén (PB 184.988) y Macul (PB: 112.736).

⁴⁰ Se refiere a Población Beneficiaria del FONASA año 2010 www.fonasa.cl (Oct. 2010), fuente utilizada para todos los análisis que involucran este dato.

⁴¹ Ver Revisión Documental Formulario Nº 3

Este SS se caracteriza por tener un alto número de hospitales (8), de los cuales 5 son centros de referencia nacional; además tiene el hospital de Isla de Pascua, el Hospital Del Salvador en la comuna de Providencia y el Hospital Luis Tisné que está colindante con el CRSCO, en la comuna de Peñalolén.

Las características de la población de las comunas del CRSCO ya analizadas y la insuficiencia del Hospital Del Salvador en términos de oferta de especialidades en relación a la población que debe atender, hacen de éste un establecimiento que resuelve en forma muy significativa la demanda de atención ambulatoria de especialidades para una proporción significativa del SS (Peñalolén y Macul representan el 47% del total de la población asignada al SSMO).

En el análisis de sus PE destaca “Exámenes de Laboratorio e Imagenología”, donde estos suplen no sólo la demanda del CRSCO, sino que cubre los requerimientos del Hospital Tisné; tiene además convenios en los que asume la demanda de varios establecimientos de la APS. Por su parte, el PE “Atención de Patología GES de Oftalmología” cubre la demanda de ambas comunas, particularmente Peñalolén, con programas que han logrado eliminar las listas de espera para la cirugía. Ambos son por tanto pertinentes en la perspectiva analizada.

Con respecto a los PE relacionados con capacitación (Nº 2), programas de calidad (Nº 4) y mantenimiento de equipamiento médico (Nº 5), su impacto no puede ser evaluado en términos de la incorporación de oferta a la red asistencial, ya que no tienen relación con prestaciones y por tanto, son inadecuados desde esta perspectiva.

HPH:

Tiene a cargo las comunas de La Granja (PB 119.005), La Pintana (PB 163.833) y San Ramón (PB: 90.934).

Este SS tiene a su cargo más de 1 millón de personas calificadas como beneficiarias; cuenta con 5 hospitales, siendo el principal el Complejo Hospitalario Sotero del Río con una dotación sobre las 700 camas, de las cuales 101 son de paciente crítico; éstos generan sobre los 43 mil egresos anuales. Sobre el 75% de sus ingresos son de urgencia, lo cual genera listas de espera para la atención programada⁴².

En este contexto, la incorporación del HPH a la red en 1998 significa un aumento muy significativo de la oferta, con una cartera de servicios que se ha ido expandiendo y que a la fecha incluye la atención de urgencia adulto, pediátrica y maternal, así como especialidades de alta demanda tanto en adultos como infantil: traumatología, patología respiratoria, oftalmológica y otorrinolaringología entre otras; y en el caso de adultos: patología de mama, cirugía vascular periférica y una amplia gama de prestaciones gineco – obstétricas. Se complementa con procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico que aumentan la capacidad resolutiva del establecimiento. Aporta con 300 camas a la red, de las cuales 40 son camas de paciente crítico.

⁴² Cuenta Pública Anual 2010 Complejo Sotero del Río

Esta descripción tiene plena correspondencia con los PE del HPH: Atención Ambulatoria (N°1), de Urgencia (N°2), Hospitalización (N°3) y Exámenes y otras prestaciones(N°4), las cuales aparecen como pertinentes, dadas las características de la red presentadas.

En relación a la sustentabilidad y replicabilidad del modelo experimental y los temas recién expuestos, los Directores de los EE señalan:

CRSM: se hace necesario conocer y evaluar el riesgo de la población a ser atendida y el territorio en el cual la red y el establecimiento están insertos. El concepto de red asistencial es punto central para definir el perfil del establecimiento y su cartera de servicios, así como la de los demás establecimientos que la componen.

CRSCO: se enfatiza la importancia y definiciones políticas efectuadas en cuanto a la ambulatorización de las prácticas en salud, las cuales quedan en evidencia en la APS y modelos como la cirugía ambulatoria, pero no así en las especialidades médicas en atención ambulatoria, que no se prioriza suficientemente frente a la atención hospitalaria.

HPH: se considera que “se debe conformar la red asistencial de la base hacia arriba, conociendo la población beneficiaria en cuanto a sus características epidemiológicas, demográficas y sociales”. El modelo debe garantizar la continuidad de la atención e imprimir un mayor grado de equidad en la asignación y distribución de camas dentro de cada red y entre redes asistenciales.

3. Estrategias de focalización en la entrega de los PE:

Según la definición dada por DIPRES⁴³, esta se refiere a “concentrar la provisión de bienes y/o servicios en una población de beneficiarios objetivos claramente identificada, a la que se quiere llegar con determinado programa o proyecto. Implica seleccionar determinados sectores o grupos sociales para ser receptores de determinados beneficios o recursos”.

Si se aplican estos conceptos al área de la prestación de servicios de salud, es posible identificar dos tipos de focalización:

Primera:

Aquella en la cual se diseñan, aplican y evalúan estrategias para que los programas de salud lleguen en forma prioritaria a las poblaciones más vulnerables y con mayores necesidades de salud; eso es, la aplicación de criterios de equidad en la asistencia de salud.

En el modelo chileno, esta función se radica principalmente en la APS, que como se señalara, es la puerta de entrada al sistema.

En el nivel que corresponde a los CRS y hospitales, esta focalización se lleva a cabo principalmente a través de las normas de referencia de pacientes y criterios de priorización

⁴³ Ver “Notas Técnicas” – División de Control de Gestión 2009 pg.7 DIPRES

en la atención. La evaluación por tanto puede realizarse a través de dos indicadores: a) % de pacientes derivados de acuerdo a normas de referencia y b) % de derivaciones en las cuales se han aplicado los criterios de priorización establecidos.

Se puede considerar que el GES o programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) es un plan de salud en el cual están definidos a través de sus normativas, criterios de priorización para los diferentes Problemas de Salud que incorpora, cuyo cumplimiento se evalúa en forma regular por parte del MINSAL.

Segunda:

Referida al *triage* que se aplicada en los Servicios de Urgencia y que se defino como “un método de selección y clasificación de pacientes basado es sus requerimientos terapéuticos y de acuerdo a los recursos disponibles”⁴⁴. De esta forma, al ingreso o solicitud de atención de urgencia, el paciente es evaluado por un profesional o técnico entrenado, a objeto de definir la urgencia que tiene la acción terapéutica, a partir de la medición de parámetros fisiológicos que han sido normados para estos efectos. Este modelo de focalización tiene un alto impacto en los resultados de la atención, disminuyendo la mortalidad y las secuelas de los cuadros mórbidos por los cuales se consulta en urgencia. Por otro lado, apoya la eficacia de la atención de urgencia y la eficiencia en el uso de los recursos. Por esta razón, se utiliza un indicador que mida la aplicación de este modelo en los Servicios de Urgencia.

Estrategias de Focalización aplicadas por los EE:

En el primer tipo de focalización el tema está radicado en el nivel secundario y APS, los que deben acordar las normativas para la referencia y contra referencia de pacientes. Complementariamente existen aquellos que aplica el nivel secundario para la derivación a centros de mayor complejidad, siendo esta una función que compete principalmente al Director del SS quien es el responsable de la gestión de la Red Asistencial, ya que involucra no sólo los establecimientos de la red del SS sino las macro-redes definidas a nivel nacional⁴⁵. La instancia para la revisión de esta mirada de red en los SS es el Consejo Integrador de Red Asistencial (CIRA) que es una entidad de carácter asesor y consultivo del Director del SS en el cual participan representantes de todos los establecimientos de la red.

Las entrevistas realizadas a personal de los EE y la documentación entregada, muestran en los tres casos, una preocupación prioritaria por el logro de coordinaciones tanto con la APS como con la red del SS cada vez más eficaces; esta preocupación se concreta en la realización de reuniones periódicas con los involucrados para acordar la forma de operar, entre ellos a través del CIRA, la generación de normativas y la aplicación de diferentes modelos para evaluar el impacto y resultado de los procesos diseñados. Para el caso de los Problemas de Salud AUGE, los procesos indicados por el Nivel Central se aplican en todos los EE,

⁴⁴ http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Triage_hospitalario.pdf (Oct. 2011)

⁴⁵ Documento del MINSAL “Macro redes en Salud” de la División de Gestión de Redes la define como: “Vinculaciones asistenciales que trascienden el territorio de un servicio de salud, intra regionales o más allá de una región”.

particularmente en cuanto a los sistemas de registro y el cumplimiento de las garantías de oportunidad.

En el caso de los EE que tienen Servicios de Urgencia, en todos ellos se aplica el modelo de *triage* como mecanismo de focalización.

Se puede concluir que los PE de los EE en los cuales aplican criterios de focalización, éstos tienen mecanismos y procesos diseñados, los cuales se aplican tanto para la referencia de pacientes como en el desarrollo de normativas que faciliten la priorización de pacientes. Todos los establecimientos en que corresponde, cuentan con sistemas de focalización para las atenciones de urgencias.

Se considera que los mecanismos de evaluación de las estrategias de focalización aplicados son insuficientes para los tres EE, ya que no se aplican en forma regular indicadores que permitan hacer un seguimiento más global de dicha focalización. Sí existe el seguimiento con indicadores en la asignación de camas en el HPH.

4. Identificación y evaluación de duplicidades, superposiciones y complementariedades en la producción de los productos estratégicos.

Tal como se señalara, el Sistema Público de Salud chileno se basa en la complementariedad de la oferta y cartera de servicios entre los diferentes establecimientos que constituyen las redes asistenciales de los SS y de las macro-redes a nivel nacional. La descripción realizada en el acápite 1.4.3 “Características de las redes de los EE” explicita esta complementariedad, la cual aplica a los PE de los EE que dicen relación con la producción asistencial (se excluyen los N° 2, 4 y 5 del CRSCO que no entran en dicha definición).

De igual forma, en él se muestra la existencia de duplicidades en la entrega de los PE, lo cual en el caso de los tres EE se materializa en un aumento de la oferta de prestaciones. Estas duplicidades son evaluadas como positivas, ya que su objeto es reducir las brechas existentes entre oferta y demanda, cubrir necesidades de salud de la población y mejorar el acceso y la oportunidad en la entrega de los servicios para una mayor satisfacción de los usuarios. Todos estos son parte de los OE de los tres EE y responden a los OE de la SSRA.

4.1. Complementación público - privada en el sector salud:

Respecto de la compra de prestaciones o servicios asistenciales a instituciones privadas, cabe señalar lo siguiente:

Los PE asociados a la producción asistencial están compuestos por una serie de subproductos, no todos los cuales son efectuados o producidos por los EE. Los criterios para definir la compra, según señalan los entrevistados de los EE, tiene diferentes criterios, entre los cuales están:

- Aquellas prestaciones que tienen una baja demanda y por tanto no justifica la inversión y/o la existencia de recursos destinados a ese fin
- Aquellas que por su nivel de complejidad no pueden ser realizadas localmente
- Situaciones en que la demanda es mayor a la oferta en forma transitoria (por ejemplo, la derivación de pacientes a entidades privadas para hospitalización durante el período invernal)
- La insuficiencia de recursos humanos o financieros para instaurar el servicio o la prestación, lo que obliga a la compra toda vez que es requerida, con una adecuada y fundada indicación médica.

El mecanismo está presente en los tres EE, siendo ésta una práctica validada y fomentada por la autoridad en el sistema público de salud. Se considera una práctica necesaria y en la mayor parte de los casos adecuada, según juicio experto de los consultores. Esta apreciación se funda principalmente en la flexibilidad que le otorga al establecimiento el poder acomodar su oferta a las necesidades de salud de su población beneficiaria, las cuales son cambiantes; desarrollar programas específicos para resolución de listas de espera a través, por ejemplo, de extender el horario de pabellones; en muchos casos, este tipo de modalidad garantiza un mejor nivel de calidad (en el caso de ciertos exámenes muy especializados) y finalmente, resulta en muchos casos positivo desde el punto de vista costo beneficio.

Existen varios tipos de compra de servicios realizadas por los EE:

- Aquellas que constituyen prestaciones de apoyo diagnóstico o terapéutico: exámenes especializados como electromiografía, niveles hormonales u otros de alta especialización, resonancia nuclear magnética y otras del área de la imagenología, prótesis dentales, entre otras.
- La compra de resolución de problemas de salud más integrales como son las intervenciones quirúrgicas para resolver listas de espera o cubrir demandas específicas.
- Compra de servicios profesionales, referido a la contratación de horas médicas para cubrir insuficiencias puntuales o permanentes, que no pueden ser resueltas en forma oportuna a través de los mecanismos habituales de contratación. Ejemplo de esto son horas anestesista o de otras especialidades altamente demandadas en el mercado de la salud.

Dentro de esta modalidad se incluyen los convenios con prestadores privados, como es el caso del HPH el que mantiene un convenio con la Clínica Alemana para el manejo del paciente con Infarto Agudo del Miocardio, que es evaluado positivamente por los diferentes entrevistados. Este convenio incluye además la realización de una serie de exámenes que son de poca demanda y/o alto costo. La Clínica Alemana, el HPH y la Universidad del Desarrollo (UDD) han establecido una asociación que abarca otros ámbitos de trabajo conjunto que sólo los que establece el convenio docente asistencial. La Universidad y la Clínica apoyan en la

formación de los profesionales y técnicos del HPH a través de diferentes programas, lo cual ha redundado en un importante beneficio para los funcionarios y el establecimiento, constituyendo un incentivo reconocido por los diferentes estamentos del HPH.

El CRSCO mantiene un convenio docente asistencial con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en la cual esta aporta con equipamiento que entrega en comodato al CRSCO, o con actividades de capacitación en post grado para sus funcionarios. Desde el 2002 existen convenios con Institutos Profesionales (AIEP⁴⁶ y DUOC⁴⁷) donde se entregan becas a funcionarios para carreras técnicas. Finalmente, en este ámbito, la Facultad de Medicina de la Universidad Los Andes utiliza el CRCO como campo clínico para alumnos de pregrado.

El CRSN tiene convenio docente asistencial con las siguientes universidades: Santiago de Chile, Finis Terrae, del Mar y Andrés Bello y con Institutos de Formación Técnico Profesional (DUOC e Inacap⁴⁸), en una modalidad que se inicia el 2002. Los resultados de esta experiencia son valorados positivamente y funciona a través de una Comisión Local Docente Asistencial (COLDAS), la que en mesas bipartitas, definen las normativas que garantizan el resguardo de los derechos de los pacientes y la modalidad de trabajo conjunto.

4.1.1. Identificación de actividades y productos prescindible – externalización de servicios:

A partir de la evaluación realizada, que incluye entrevistas y revisión de documentación, no se han identificado actividades ni productos prescindibles.

En cuanto a la externalización, hay una serie de servicios que son externalizados por los EE, principalmente en ámbitos que no tienen relación con la asistencia en salud; se refiere a:

- Áreas de alta especialización como actividades de mantención en áreas tecnológicas como informática, equipamiento médico de alta complejidad entre otros
- Área de servicios generales como mantención de calderas, seguridad, aseo, alimentación, climatización, esterilización, áreas verdes y lavandería

Las áreas externalizadas por cada EE son diferentes y responden a las competencias que localmente están presentes y al modelo de gestión que cada uno se ha dado en esta área. Estas políticas de externalización son positivamente evaluadas por los entrevistados responsables de estas áreas, además de ser parte de los modelos de gestión hospitalaria fomentados por el MINSAL.⁴⁹

⁴⁶ Instituto Profesional de la Universidad Andrés Bello.

⁴⁷ Instituto Profesional, Centro de Formación Técnica, de la Pontificia Universidad Católica.

⁴⁸ Instituto Profesional, Centro de Formación Técnica. Universidad Tecnológica de Chile.

⁴⁹ MINSAL, O. Artaza, S. Barría y cols. División de Gestión de Red Asistencial. 2006. “Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios”.

Capítulo 2

Área de Evaluación: “Aspectos Financieros – Uso de Recursos”

1 Consideraciones de orden general

El presente estudio hace una evaluación considerando la combinación de antecedentes objetivos y concretos como es la contabilidad gubernamental y aspectos más cualitativos como son las entrevistas en terrenos a los funcionarios claves en el área de gestión administrativa financiera de los Establecimientos Experimentales (EE). Es importante señalar que en este informe los antecedentes fueron evaluados en forma anual y comparando cada establecimiento consigo mismo en diferentes años, considerando variables de gasto en relación a los productos principales de cada año.

Debe considerarse que en los cuadros presentados, los valores serán nominales, pues la comparación relevante será entre las partidas de cada año; en el caso de las evaluaciones de los establecimientos entre años (consigo mismos), los valores están corregidos por variación en reajuste del sector público para el RRHH o variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC), según sea la comparación a realizar (a pesos 2010).

En cuanto al tema de costeo de prestaciones, su relación con los productos estratégicos y la comparación con los resultados obtenidos de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), éstos serán parte del análisis del informe “Comparación Global de Desempeño”.

2 Algunas consideraciones de orden general a partir del trabajo en terreno y análisis de las fuentes de información

La revisión de los antecedentes y su complementación con las entrevistas a funcionarios claves del área administrativa financiera permiten hacer las siguientes consideraciones:

1.- La condición de EE es un aspecto considerado como positivo en el ámbito financiero ya que los gestores expresan sentirse más cercanos a las autoridades y el Nivel Central (Ministerio de Salud, Subsecretaría de redes, FONASA)⁵⁰, pudiendo expresar de mejor forma sus requerimientos, sin pasar por la evaluación de la Dirección del Servicio de Salud (SS) que a su entender, por el hecho de tener que equilibrar las finanzas de todos sus establecimientos, no siempre recogen y acogen las particularidades de cada uno. El hecho de ser instituciones independientes en este aspecto, les ha facilitado la comunicación.

2- Al realizar las entrevistas se estableció que en ninguno de los EE existe una estructura funcional que permita claramente costear los productos estratégicos, ya que la definición de ellos obedece a líneas estratégicas de trabajo, pero no tienen aislado ni costeado dichos

⁵⁰ Cuando se refiera a políticas y normativas sanitarias es orientado hacia Ministerio de Salud, cuando se refiera a políticas y gestión clínica estaremos hablando de nivel central como Subsecretaría de Redes, en el caso de referirse a temas financieros y presupuestarios el nivel central será FONASA.

productos; es decir han considerado a tales procesos relevantes, pero no sistematizados en el ámbito administrativo financiero. CRS Cordillera Oriente (CRSCO) y el CRS Maipú (CRSM) no tienen definidos centros de costos, en el caso del Hospital Padre Hurtado (HPH) existe una definición de centro de costos, pero no tiene sistema para costear productos de cada uno de ellos.

3.- En el caso del HPH se han considerado como productos estratégicos los ámbitos tradicionales del ciclo de requerimientos de un usuario, como líneas estratégicas de desarrollo, esto es: atención ambulatoria en CRS; atención de Urgencia; atención de hospitalizados y otras prestaciones asociadas a dichas atenciones.

Para aclarar la situación se da el siguiente ejemplo:

Producto Estratégico: Atención ambulatoria en CRS del HPH

Ese producto estratégico incluye: especialidades infantiles, especialidades adultos, exámenes y procedimientos e intervenciones quirúrgicas ambulatorias.

No existe el costo del producto, sino cantidad de actividades y gasto asociado a cada servicio clínico, debido a que no cuentan con sistema de costeo para determinar el costos del producto de cada servicio; no es posible obtener el valor de “una atención ambulatoria en CRS” en forma sistemática. Así, los centros de costos establecidos obedecen a servicios clínicos y no a la lógica de cómo generar el producto estratégico.

4.- En el caso del CRSCO el enfoque es diferente, ya que los definidos como productos estratégicos han obedecido principalmente a las líneas estratégicas de desarrollo como son: Exámenes, Garantías Explícitas en Salud (GES) y calidad en el ámbito directo al usuario y su satisfacción y la capacitación que además de repercutir en una mejor atención al usuario, es un incentivo funcional para su mejor y mayor adhesión a la institución; el programa de mantenimiento fue considerado como estratégico por el hecho de dar continuidad y calidad en la atención. Estos no han sido motivo de trabajo en esta área y en la actualidad no existe costeo para su evaluación.

Cada establecimiento ha definido productos estratégicos que deben dar cuenta del resultado esperado de su gestión, pero no han organizado la institución financieramente para obtener el costo de ellos; tal como se señalara, solo el HPH tiene definidos centros de costos pero estos no establecen ni costean sus productos, sino que realizan mediante criterio de experto el costo de algunas patologías específicas.

Para realizar el análisis y la evaluación posterior, es importante señalar las particularidades de cada establecimiento en cuanto al manejo, gestión y control financiero principalmente del componente gasto:

- a)** En el caso del CRSM, cuentan con un Servicio de Urgencia; el efecto de esta unidad ha significado el principal foco de gasto, pero al tenerlo identificado y ser el único, ha sido posible satisfacer sus requerimientos; el resto de los servicios o unidades se

encuentran en un régimen de gasto tal que no generan un nivel de endeudamiento significativo.

b) En cuanto a CRSCO, es posible asegurar que el hecho de tener todas sus actividades y prestaciones programadas, ha incidido claramente en el comportamiento financiero que se refleja en las tablas comparativas anuales que se presentan más adelante. Este establecimiento, a diferencia de la mayoría de los recintos asistenciales del país⁵¹, genera superávit quedando en saldo de caja, lo cual puede ser verificado para todos los años estudiados con una tendencia creciente, representando los porcentajes que a continuación se indican respecto del total de ingresos: año 2007 representa el 2%, año 2008 representa el 1%; el año 2009 el 4% y el año 2010 el 12%.

c) En el caso del HPH la situación financiera se mantuvo similar a la que se presentó en los otros EE, hasta el momento en que se implementó el Servicio de Urgencia Adulto; desde ahí se comienza a observar una situación de déficit financiero. Esto puede deberse al hecho de que la atención de urgencia al no ser programable, obliga a hacer estimaciones para las negociaciones de transferencias con FONASA, las cuales pueden tener rangos de desviación importantes; si aquello ocurre y la demanda ha sido subestimada, se genera déficit, que es lo que se observa principalmente en el primer año de funcionamiento de este Servicio.

Se determinó que en los tres EE la administración y gestión financiera no presenta los mismos desafíos que en el resto de los establecimientos de país, donde los niveles de endeudamiento del Sistema Público de Salud son significativos; esto se traduce en el caso de los EE, en una menor implementación de mecanismos sistematizados e informatizados de control del gasto. Esto no significa que no existan, es más, en cada caso existe un sistema propio de manejo de gasto, pero en ninguno se logró establecer mecanismos de contención, ya que los sistemas son de recolección ex post de la situación ocurrida en cada periodo, pudiéndose realizar algunas modificaciones, pero no con el detalle con el que lo podría requerir un establecimiento que se encuentra en situación de endeudamiento elevada; éstos se verán obligados a desarrollar sistemas para controlar de mejor manera dicha deuda.

La evaluación que surge de lo descrito es que los EE tienen más facilidad de generar equilibrio financiero en cuanto más programada sea su actividad asistencial y más definida esté su cartera de servicios. Como se señalara previamente, un caso a destacar es el CRSCO, que ha generado superávit y no ha sido posible su utilización debido a la restricción que impone el cumplimiento del marco presupuestario determinado desde el Nivel Central y la normativa legal que los rige. Esta situación pudiera considerarse sin sentido, ya que el establecimiento está siendo eficiente en la cantidad de prestaciones que realiza, pero no puede utilizar sus excedentes porque se encuentra sometido a un sistema presupuestario similar⁵² al resto de

⁵¹ El CRSM y el HPH tienen saldo de caja positivo sólo en el año 2010 lo cual incide en la ejecución del año 2011.

⁵² Presupuesto es asignado y los establecimientos no pueden excederse en gasto aunque se excedan en ingresos.

los establecimientos asistenciales del país, con lo cual disminuye el incentivo a la eficiencia ya que no pueden reinvertir los excedentes en mejora de infraestructura para aumentar la oferta en cantidad y calidad.

Otra conclusión que se puede establecer es que en los dos casos en que existe un Servicio de Urgencia (CRSM y HPH), se genera un déficit financiero, que en el caso del CRSM se cubre a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) e ingresos propios. Esta situación dificulta el logro esperado en cuanto a un mayor crecimiento.

3 Descripción en detalle de cada aspecto sujeto de evaluación:

3.1 Criterios de Asignación y Distribución de Recursos:

Los recursos financieros que reciben los hospitales y demás establecimientos de la Red Pública de Salud en Chile para realizar las atenciones a los beneficiarios de FONASA son asignados por medio de los Programas de Prestaciones Valoradas (PPV) y Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). Adicionalmente, ellos pueden generar ingresos propios a través de los ítems presupuestarios Ingresos de Operación y Recuperación de Licencias Médicas. Esta forma de asignación de recursos es igual para todos los establecimientos, incluyendo los EE, estando radicada la diferencia en que los EE negocian en forma directa con FONASA y para los no EE se negocia a través del SS.

El PPV es un pago prospectivo, asociado a resultados, que se calcula a partir de un diagnóstico previo principalmente basado en la capacidad de oferta. Las patologías a pagar por esta modalidad se determinan según las prioridades sanitarias y su valor es calculado en base a estudios de costos y a su relación con los precios de mercado.

Un sistema de pago por resultado se basa en el principio de que cada intervención clínica produce un cambio en el estado de salud de un paciente y que este cambio puede ser medido y valorado. Se denomina prospectivo cuando este valor es fijado y asignado por un período de tiempo, antes que suceda el evento clínico.

El PPV está constituido por los siguientes subprogramas:

- Garantías Explícitas en Salud - GES: garantiza el acceso a la atención de salud oportuna, de calidad y con protección financiera.
- Programa Reducción de Brechas: otorga cobertura a beneficiarios del FONASA que presentan patologías de alta frecuencia y traumatológicas, con un énfasis en la resolución de aquellas del Adulto Mayor.
- Programa de prestaciones Complejas: cubre la atención de enfermedades complejas y de alto costo tales como cáncer (que no están incluidos en el GES), cardiopatías complejas, derrames y tumores cerebrales.

- Salud Mental: este programa tiene el propósito de transferir los recursos financieros para realizar las prestaciones que permitan la detección, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.
- Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH): programa especial de pago de consultas médicas integrales por atención en Unidades de Emergencia Hospitalarias de la Red Pública.
- Camas Críticas: programa especial de pago del día cama de hospitalización integral en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI), Intermedio de Adulto, Pediátrico y Neonatal, y pago de día cama de Enfermos Agudos.
- Servicio Atención Médica de Urgencia SAMU: paga el rescate simple y/o traslado en ambulancias básicas, el rescate profesionalizado y/o traslado paciente complejo en ambulancias equipadas en un nivel medio y rescate medicalizado y/o traslado paciente crítico en ambulancias con equipamiento de alta complejidad.

Este programa de financiamiento ha representado en el HPH un 35,7% de sus ingresos totales en el año 2007, disminuyendo a un 27% en el año 2010. En el CRSM las PPV han mantenido una estabilidad con cifras cercanas al 63% de sus ingresos totales de cada año, con el nivel más bajo de un 51% en el año 2009; esta alta proporción del PPV obedece a una estrategia del establecimiento (inducir a que la cartera de servicio sea principalmente prestaciones valoradas (PPV)) ya que es efectivamente reconocido que el pago vía PPV representa mejor la realidad del valor de las prestaciones en comparación con el PPI que es un presupuesto histórico; la definición de PPV / PPI se realiza finalmente por parte de FONASA en las negociaciones con cada EE. En CRSCO sus ingresos por PPV han representado entre un 36% a un 48% en el año 2010. Estas cifras representan la comparación de cada establecimiento consigo mismo para el período 2007 - 2010.

Este programa prospectivo, cuyo valor es determinado en base a la resolución de una patología de salud, fue instaurado por el FONASA con el objetivo de contener los costos crecientes de los hospitales públicos, a través del traspaso de parte de su riesgo financiero y para incentivar un uso eficiente de los recursos.

El presupuesto anual del PPI de los EE está compuesto en una proporción de un 3% por asignaciones y bonificaciones laborales que se pagan mensualmente y el resto se asigna contra prestaciones, pero en definitiva, este se ha convertido en un monto que crece año a año, según reajuste otorgado a los trabajadores del sector público.

Los Bonos Laborales y Asignaciones mencionados anteriormente que se otorgan a los trabajadores de los EE son:⁵³

- Asignación Estímulo Funcionarios EE

⁵³ Estas bonificaciones son parte del gasto en remuneraciones, las que son financiadas por parte del PPI y otra parte por PPV (las prestaciones PPV tiene estimado en el precio a pagar la proporción asignada a gasto en RRHH)

- Asignación de Pérdida de Caja
- Asignación Responsabilidad EE
- Asignación por Turno EE
- Bonificación Individual Ley 19.664 Articulo 36
- Bonificación Individual Ley 18.834 Ley 19.490
- Bono Escolar Ley 18.834
- Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad

De lo descrito se evalúa que para hacer más eficiente la gestión financiera es necesario avanzar en transferencias asociadas a prestación realizada, es decir a un pago por PPV, debido a que esta forma de transferencias está validada como más real en relación a los costos efectivos de cada prestación; las transferencias por PPI debe ir en disminución en cuanto a la financiación de prestaciones y establecerse como una forma de equilibrar los gastos en conceptos independientes de la actividad como asignación de caja, bono escolar, aguinaldos, pagos por liberados de guardia y otros conceptos que aumentan el gasto, pero no por aumento de actividad. Es decir, se debe distinguir el costo de la prestación de los gastos generales como son los administrativos.

3.2 Proceso de elaboración y ejecución del presupuesto de los EE

Al realizar la evaluación de los EE, fue posible identificar que tienen bastantes similitudes en este aspecto en específico; si bien el punto de partida es diferente, el resultado final de la asignación de presupuesto tiene resultados similares, tal como se describe a continuación:

3.2.1 Preparación de presupuesto

De las entrevistas a directivos de los EE y sus jefes de finanzas se obtuvo la siguiente información:

CRSM: No se realiza programación ni solicitud de presupuesto al FONASA para el año siguiente; se recibe presupuesto asignado el que se distribuye en actividades y prestaciones a realizar, en términos de continuidad; para esta distribución existe una coordinación entre las áreas técnicas y administrativas.⁵⁴

⁵⁴ El CRSM señala al respecto “Si bien no se realiza programación de presupuesto, sí se realiza trabajo de coordinación externa e interna para la definición del contrato del año correspondiente, base fundamental del presupuesto a ejecutar el año siguiente. El hecho de que se realicen coordinaciones internas desde las áreas clínicas, relevando información de producción y capacidad productiva existente y potencial, permite informar al ente financiador de las capacidades referidas, que son incorporadas por éste para la formulación de presupuesto. Es una actividad que se realiza regularmente entre las 3 subdirecciones del CRSM.”

CRSCO: el área médica genera requerimientos de prestaciones a finanziarse por FONASA, considerando como base la actividad de continuidad; el área administrativa valora dichos requerimientos y realiza una propuesta y solicitud de presupuesto a FONASA.

HPH: el área médica participa en conjunto con el área administrativa y generan una programación de actividades para el año siguiente, manteniendo continuidad y dando énfasis a áreas que se desea desarrollar. Esta es la base para realizar la programación y solicitud de presupuesto a FONASA.

3.2.2 Asignación de presupuesto.

Para el periodo evaluado (2007- 2010), en los tres EE el presupuesto inicial considera los ítems fijos de continuidad, aumentándose durante el año según componente variables históricos, (bonos, licencias médicas, reajuste de sueldo), llegando finalmente a un presupuesto que corresponde a continuidad con los reajustes correspondientes, con ciertas excepciones en que claramente desde el Nivel Central se está implementando una nueva estrategia como nuevos GES, post- terremoto (según revisión de presupuestos exploratorios y partidas agregadas durante el año por decretos específicos). Esta forma de asignación no dista de la que se realiza al resto de los establecimientos asistenciales del país.⁵⁵

Cuadro N° 6
Crecimiento porcentual del Presupuesto Final en relación al Inicial en los EE
Años 2007-2010
Fuente: EE y SIGFE

Año	HPH	CRSM	CRSCO
2007	59%	46%	47%
2008	41%	47%	37%
2009	56%	49%	24%
2010	77%	37%	43%

Elaboración Propria GSC

Respecto de la tabla precedente, es relevante indicar que en los tres casos el presupuesto final crece por los conceptos mencionados, esto es componentes variables históricos y expansiones en programas específicos impulsados por el Nivel Central, pero claramente aquel con mayor aumento es el HPH; esto afecta negativa y fuertemente la gestión eficiente en el manejo financiero, ya que el HPH está gran parte del año con restricciones y no le es posible programar de forma adecuada los gastos, incidiendo en el manejo con proveedores. Este aumento se produce en las transferencias centralizadas (PPV y PPI) por lo cual afecta principalmente a los resultados de operación, ya que al no contar con los flujos oportunos en

⁵⁵ Según documentos de trabajo de la Comisión de Asignación de Recursos MINSAL, del año 2007; esta comisión fue creada por subdirectores de Servicios de Salud del país a solicitud del Departamento de Presupuesto del MINSAL.

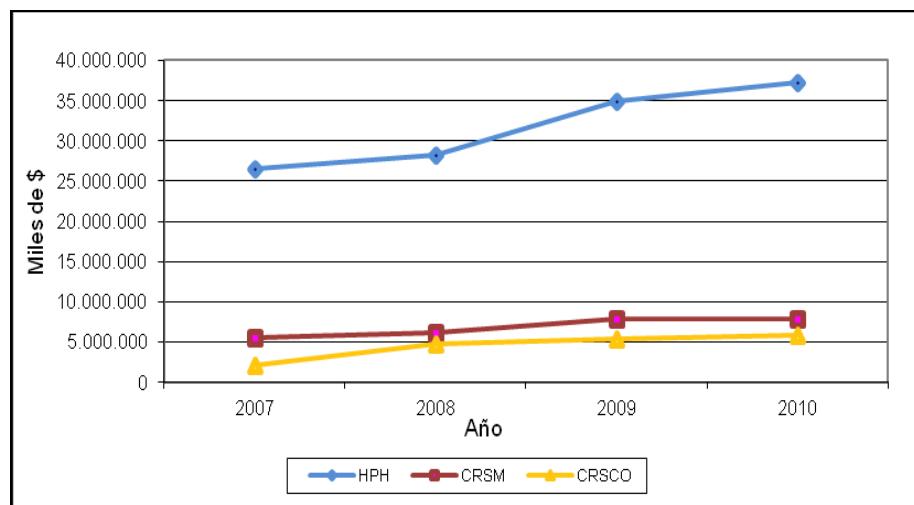
el mayor componente de financiamiento (transferencias), cumplir con lo programado y compromisos contraídos afecta al normal funcionamiento del establecimiento.⁵⁶

Cuadro N° 7
Evolución del Presupuesto Final 2007-2010 en los EE
(en miles de pesos año 2010)
Fuente: EE y SIGFE

Año	HPH	CRSM	CRSC
2007	26.608.015	5.603.895	4.472.315
2008	28.232.801	6.191.955	4.730.087
2009	34.898.509	7.925.444	5.347.023
2010	37.257.518	7.856.897	5.792.130
Crecimiento 2007 a 2010	40%	40%	30%

Elaboración Propia GSC

Gráfico N° 1
Evolución del Presupuesto Final 2007-2010 en los EE
(en miles de pesos año 2010)
Fuente: EE y SIGFE



Al revisar los antecedentes y la información de las entrevistas, en ninguno de los tres EE se hace una programación directa de presupuesto partiendo de los requerimientos para los productos estratégicos; estos se tienen por sobreentendidos al programar la actividad general; esta situación de los EE es la misma que se da en los No EE, es decir, se programa el presupuesto en función de la capacidad de actividad general a realizar. Así, los EE programan actividad asistencial PPV y PPI, considerando capacidad productiva existente y potencial,

⁵⁶ El análisis comparativo que se presenta más adelante en este informe muestra que esta situación también está presente en diferentes grados en los establecimientos control, con el mismo impacto que se señala aquí para los EE.

necesidades de la red asistencial, capacidad de negociar y reprogramar actividades con FONASA; el cumplimiento de estas metas lleva a cumplir con los productos estratégicos, pero no son programados en forma directa ya que no existe un sistema de costeo de estos productos que permitan valorizarlos para programar la cantidad a realizar (no se realiza la programación financiera en base a los productos estratégicos, se programan actividades tradicionales y se asume que el cumplimiento de ellas dará cuenta del cumplimiento de productos estratégicos).

El análisis del crecimiento en el presupuesto y su relación con la actividad asistencial se analiza a continuación.

Cuadro N° 8
Crecimiento del presupuesto en relación a crecimiento de la actividad asistencial
Porcentajes de variación de presupuesto en base a cálculo pesos 2010
Fuente: EE, SIGFE y REM 17 A – REM 0

Establecimiento	Porcentajes	2008-2007	2009-2008	2010-2009
HPH	% crecimiento actividad	-1,4%	24,3%	27,5%
	% crecimiento presupuesto	6,1%	23,6%	6,8%
CRSM	% crecimiento actividad	19,8%	25,7%	-9,3%
	% crecimiento presupuesto	10,5%	28,0%	-0,9%
CRSCO	% crecimiento actividad	-0,3%	8,0%	-1,3%
	% crecimiento presupuesto	5,8%	13,0%	8,3%

Elaboración Propia GSC

La actividad asistencial considerada para la comparación (cada EE consigo mismo en distintos años) es aquella de mayor peso específico dentro del total de actividades, las que fueron tomadas en valores totales, según la Cartera de Servicios de cada EE:

- Consultas de urgencia
- Consultas Médicas
- Consultas de otro profesional de la salud
- Día cama
- Total Intervenciones quirúrgicas
- Exámenes de laboratorio
- Imagenología

Las modificaciones de presupuesto no están en concordancia con las variaciones de actividad, lo cual avala el supuesto de que el presupuesto de cada año no expresa solamente las variaciones en la actividad (componentes fijos históricos además de actividad).

Es relevante señalar que el aumento del presupuesto y actividad desde el 2008 al 2009 observado en el HPH, corresponde a la apertura del Servicio de Urgencia, es decir hubo un aumento de actividad por ampliación de cartera de servicios.

De lo presentado se evalúa que la elaboración de presupuesto de los tres EE tiene similitudes en cuanto tienden a formularse en base a lo estimado por realizar el año siguiente, sea manteniendo una continuidad de las prestaciones, modificando la cantidad ofrecida según su capacidad instalada o generando una nueva prestación como estrategia propia del establecimiento, 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 (cuadro N° 13). Esta situación es la misma que ocurre en los No EE.

3.3 Estructura de Financiamiento:

En el siguiente cuadro se presenta la distribución de los recursos para el financiamiento de cada EE:

Cuadro N° 9
Distribución de Ingresos 2007-2010 EE
Fuente: EE y SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
INGRESOS PROPIOS	5,0%	5,7%	4,7%	3,7%
TRANSFERENCIAS	95,0%	94,3%	95,1%	96,3%
PPV	35,7%	30,8%	27,7%	27,0%
PPI	62,1%	64,8%	71,2%	72,4%
OTROS	2,2%	4,4%	1,1%	0,6%
CRSM				
INGRESOS PROPIOS	8,7%	10,2%	8,1%	7,6%
TRANSFERENCIAS	91,3%	89,8%	91,9%	92,4%
PPV	63,1%	63,8%	51,1%	63,6%
PPI	32,6%	35,5%	46,3%	36,1%
OTROS	4,3%	0,8%	2,6%	0,3%
CRSCO				
INGRESOS PROPIOS	19,1%	20,7%	20,4%	16,9%
TRANSFERENCIAS	80,9%	79,3%	79,6%	83,1%
PPV	46,4%	38,2%	35,9%	48,4%
PPI	50,4%	61,8%	62,3%	49,1%
OTROS	3,2%	0,0%	1,8%	2,4%

Elaboración Propia GSC

La distribución de las transferencias en componente PPV y PPI es propuesta por los EE a FONASA, quien finalmente es quien asigna los porcentajes correspondientes; en el caso del HPH, su Director ha señalado en las entrevistas, que en los años estudiados, los porcentajes PPV transferidos han sido siempre menores a los solicitados.⁵⁷

CRSM:

Los ingresos propios representan el 8% del total de ingresos, siendo el porcentaje restante aportado por FONASA, mediante las PPV y PPI en un 92% aproximadamente. Del total de transferencias, las PPV significan aproximadamente el 60 %, siendo el resto aportado por las PPI. Esta distribución representa de mejor manera la evaluación ingreso por actividad debido a que se puede identificar de mejor forma la producción con el valor pagado por ella; como se señalara previamente, la distribución obedece a una estrategia del establecimiento y no a una casualidad de asignación.

CRSCO:

Los ingresos propios representan aproximadamente el 19 % del total de ingresos, siendo el porcentaje restante aportado por FONASA, mediante las PPV y PPI en un 81%. Este establecimiento, a diferencia de los otros EE en estudio, presenta un ingreso propio superior, siendo parte de ellos relacionados con ventas realizadas al Hospital Luis Tisné, que perteneciendo a la misma red y estando geográficamente en el mismo terreno, tienen calidades jurídicas distintas, glosas de presupuesto independientes y financiamientos separados. Los ingresos para CRSCO son gastos para el Hospital Luis Tisné; a su vez, el Hospital también efectúa venta de servicios al CRSCO. A nivel agregado este efecto se anula ya que el gasto reflejado en un establecimiento se compensa con el ingreso del EE, pero para la gestión particular del EE, este queda con un saldo de caja.

HPH:

En este establecimiento los ingresos propios representan aproximadamente el 5% del total de ingresos, siendo el porcentaje restante aportado por FONASA, mediante las PPV y PPI; las PPI son más del 60% del total de transferencias, situación que no permite establecer claramente la relación transferencias vs producción, dado que el PPI no está directamente asociado a producción, como es el caso de las transferencias PPV.

Esta mayor proporción de PPI vs PPV ocurre, según señalaron los entrevistados, a pesar de que la solicitud efectuada por el HPH en todos los años estudiados al FONASA al momento de negociar el presupuesto anual, asignaba un porcentaje mayor a las transferencias PPV que aquella que efectivamente se entregaron. Esta situación se analiza en mayor profundidad más adelante en este estudio.

⁵⁷ Ver detalles del componente PPV y PPI en “Criterios de Asignación y Distribución de Recursos” presente en el punto 3.1 ya expuesto de este capítulo.

Cuadro N° 10
Estructura de Financiamiento Ejecución PPV - PPI- Otros 2007-2010 en los EE
(en miles de pesos)
Fuente: EE y SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
TRANSFERENCIAS	16.792.545	20.472.714	24.948.108	29.796.414
PPV	6.002.188	6.305.348	6.911.407	8.045.885
PPI	10.423.565	13.269.593	17.755.372	21.579.888
OTROS	366.792	897.773	281.329	170.641
CRSM				
TRANSFERENCIAS	4.352.792	5.342.555	7.436.296	7.215.759
PPV	2.745.325	3.406.077	3.798.678	4.589.070
PPI	1.418.727	1.895.249	3.444.997	2.607.680
OTROS	188.740	41.229	192.621	19.009
CRSCO				
TRANSFERENCIAS	3.110.376	3.465.822	4.145.723	5.133.374
PPV	1.443.961	1.323.527	1.489.711	2.485.584
PPI	1.567.620	2.142.295	2.582.958	2.522.226
OTROS	98.795	0	73.054	125.564

Elaboración Propia GSC

En relación al uso de los recursos según la fuente de financiamiento, se puede indicar en términos de los EE, que con diferente proporción en todos los casos, el mayor porcentaje de transferencias (ingresos FONASA) se utilizan en cubrir el gasto en RRHH (registrados en sub.21), siendo los ingresos propios marginales en cuanto a la cobertura de gastos. La asignación de ingresos para cubrir los gastos pasa principalmente porque en RRHH no es viable dejar deuda, por lo cual un eventual déficit debe generarse en la cobertura del gasto en bienes y servicios e inversiones propias, esto es en pago a proveedores.

La modalidad de financiamiento propiciada por FONASA son las transferencias asociadas a producción, es decir PPV⁵⁸, sin embargo, lo observado en los EE muestra una variabilidad que no permite visualizar esta intención. La gestión financiera se ve facilitada con esta modalidad de transferencias, por la flexibilidad que entrega en cuanto al uso de recursos y ajustes a la demanda. El EE con menor proporción de PPV es el HPH, por lo cual se evalúa que de los tres EE, es el que presenta un mayor riesgo de desfinanciamiento, pues el hecho de soportar el gasto en un componente de transferencias principalmente histórico (PPI) no entrega las flexibilidades necesarias ante el efecto de demanda espontánea dentro de un ejercicio presupuestario; esto puede servir de antecedente para el siguiente ejercicio, pero no

⁵⁸ Según lo señala Jefe Dpto. de Comercialización del FONASA (ver entrevista más adelante en este informe)

resuelve la problemática de déficit en el periodo presente, sino por los aportes de pago de deuda de final de año, lo cual genera inefficiencias en la asignación de recursos y por lo tanto en su gestión⁵⁹.

En opinión de los Directores, la sustentabilidad de los EE pasa en el ámbito del financiamiento por fortalecer la modalidad de pago por producción (PPV), el reconocimiento de la realidad financiera y operacional de los establecimientos y la no restricción del marco presupuestario de gasto.

3.4 Usos de los Recursos:

En cuanto al uso de los recursos, estos varían en porcentaje entre los tres EE.

Se presentará el gasto según ítems presupuestarios esto es:

- Sub.21.- Recursos Humanos
- Sub.22.- Bienes y Servicios de Consumo
- Sub.29 - Inversión Propia.

Otros son ítems menos relevantes por no corresponder a la gestión propia de la operación como son: las prestaciones previsionales e iniciativas de inversión.

En el caso del sub.34 Servicio de la Deuda, se analizará en el siguiente punto, junto a la Gestión Financiera, por corresponder al resultado de esta.

⁵⁹ Este riesgo se puede disminuir asegurándole y transparentando desde principio de año el presupuesto asignado y dando certeza de los flujos durante el año.

Cuadro N° 11
Gastos 2007-2010 en los EE
(valores en miles de pesos de los tres subtítulos operacionales)
Fuente: EE y SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
GASTOS DE OPERACIÓN	18.335.552	21.403.418	26.935.945	29.374.187
R.R.H.H	59,4%	58,3%	56,0%	57,8%
BIENES Y SS. DE CONSUMO	38,4%	36,7%	39,3%	37,7%
INVERSIÓN	2,2%	1,4%	0,9%	0,6%
CRSM				
GASTOS DE OPERACIÓN	4.915.393	6.041.178	7.933.784	7.507.172
R.R.H.H	36,8%	32,3%	25,7%	30,0%
BIENES Y SS. DE CONSUMO	58,1%	66,2%	69,7%	66,8%
INVERSIÓN	5,1%	0,9%	1,2%	0,1%
CRSCO				
GASTOS DE OPERACIÓN	3.712.591	4.280.094	4.866.990	5.381.137
R.R.H.H	36,3%	44,2%	43,6%	43,4%
BIENES Y SS. DE CONSUMO	57,5%	51,0%	49,2%	50,9%
INVERSIÓN	4,4%	4,0%	4,2%	4,4%

Elaboración Propia GSC

El hecho de que los EE tengan entre sus atribuciones la contratación de RRHH a partir de una dotación de horas y no de cargos como es el caso en el resto de los establecimientos asistenciales (sin considerar Atención Primaria de Salud), genera una oportunidad en la mejor gestión del gasto por este concepto, pues es más adecuado asignar y distribuir horas de funcionario a cada actividad, permitiendo un mejor control y eficiencia en el uso de este recurso.

De los tres EE, el CRSM tiene una mayor proporción de gasto en Bienes y Servicios de Consumo que el registrado en RRHH; esto se debe a que el 66% del gasto en RRHH es contratado bajo la modalidad de compras de servicios registrándose contablemente el gasto en Bienes y Servicios. Esta modalidad que corresponde a atribuciones específicas de un EE, se evalúa como positiva por cuanto permite una mayor adecuación ante cambios en la cartera de servicios producto de variaciones en la demanda o capacidad de oferta, adaptándose mejor a los requerimientos del establecimiento. Sin embargo, en cuanto a la modalidad de registro contable, este pudiera distorsionar los análisis de estructura del gasto, si es que no se

hace un análisis pormenorizado como el aquí presentado, de los componentes del gasto en Bienes y Servicios.

En el caso del HPH, la mayor proporción de gasto se encuentra en el factor productivo RRHH, esto es consistente con lo observado en otros recintos hospitalarios del país⁶⁰.

En el caso del CRSCO, se determina una proporción en equilibrio entre el RRHH y el resto de los gastos.

De los tres EE, el HPH y CRSCO llevan un registro y control de gasto por subtítulo de presupuesto mediante registros extracontables obteniendo información del Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado (SIGFE). El HPH tiene además una asignación similar a centros de costos, pero no se cumple la total función de estos, ya que es un control centralizado sin mayor participación por parte de las jefaturas correspondientes. En el caso del CRSM, el control de gasto está radicado en la Subdirección Administrativa, siendo el departamento de finanzas un ente que prepara informes, realiza análisis y genera la refrendación presupuestaria (para garantizar la existencia de presupuesto), pero la decisión final de autorización de gasto está en la Subdirección Administrativa.

En relación a este tema tan relevante para la eficiente gestión financiera, se considera que los mecanismos de control, al no ser mediante un sistema actualizado en línea de los hechos, no permite contar con información oportuna para la toma de decisiones; los mecanismos utilizados generan, debido al trámite administrativo correspondiente, un desfase, por lo cual existen instancias en que se deben tomar decisiones sin la información del momento, lo que puede conducir a errores en la aplicación de recursos. Este no es una problemática exclusiva de los EE, ya que en el sector salud existen varios sistemas de información, pero al no estar vinculados entre sí, no aportan toda la visión requerida para una eficiente toma de decisiones⁶¹. Sumado a esto está la inexistencia de un sistema de abastecimiento que se vincule a los sistemas existentes. Se considera que si los EE invirtieran en generar interfaz entre los sistemas, contaría con mecanismos más amplios y eficientes en el manejo de recursos; esto no ha podido realizarse por falta de recursos financieros, según lo explicitan los entrevistados. Esto afecta principalmente los mecanismos de control interno.

El aumento de la actividad que se observa en los EE se ha dado con una dotación de RRHH que no ha aumentado desde la creación de los EE, lo cual ha obligado a la compra de servicios para sustentar esta mayor producción; como se señalara, esta modalidad es particularmente notable en el caso del CRSM. Esta alternativa tiene claras ventajas por cuanto permite una mayor flexibilidad y movilidad de los recursos financieros, para ajustarlos a la demanda asistencial que es dinámica; sin embargo, para aquellas funciones que son propias del giro del negocio y que se prolongan en el tiempo, la contratación debiera darse a través de cargos

⁶⁰ Revisión presupuesto de otros establecimientos hospitalarios en documento Ley de presupuestos de los años 2007 a 2010.

⁶¹ SIGFE: Sistema de Gestión Financiera del Estado; SIRH: Sistema de Recursos Humanos; SIGGES: Sistema de Gestión Garantías Explícitas en Salud.

cuyo gasto es luego imputado al ítem 21. Esta es la situación que por carencia de cargos, no se puede dar en el caso de los EE.

3.5 Gestión Financiera:

En este punto se realizará una mirada en detalle al interior de los ítems presupuestarios mencionados anteriormente, para establecer con mayor claridad en qué se utiliza el recurso asignado, cuyo resultado será en términos financieros y en conjunto con la gestión de ingresos, el nivel de deuda a proveedores que cada establecimiento presenta en los diferentes años de evaluación.

Se realiza además una comparación de la eficiencia del gasto según donde sea aplicado, esto en el análisis de productividad vs gasto en los factores productivos. El otro factor que incide es la gestión de los ingresos: se analizará este ámbito en la generación (devengado) y recuperación (percibido) de ingresos propios.

Cuadro N° 12
Ingresos propios 2007-2010 en los EE
(en miles de pesos)
Fuente: SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
INGRESOS PROPIOS				
DEVENGADO Ingresos Operación	314.461	512.943	374.040	794.059
% recuperación⁶²	85,3%	94,6%	87,8%	91,9%
DEVENGADO Otros Ingresos corrientes	481.568	458.361	762.511	286.084
% recuperación	100,0%	99,7%	100,0%	100,0%
DEVENGADO recuperación de prestamos	71.895	249.883	97.515	53.166
% recuperación	65,7%	88,3%	61,8%	34,2%
CRSM				
INGRESOS PROPIOS				
DEVENGADO Ingresos Operación	351.354	558.147	489.609	466.463
% recuperación	90,2%	84,9%	89,3%	86,0%
DEVENGADO Otros Ingresos corrientes	32.994	27.500	68.453	66.162
% recuperación	100,0%	100,0%	100,0%	98,8%
DEVENGADO recuperación de prestamos	20.291	9.801	85.995	54.481
% recuperación	93,2%	74,7%	97,0%	90,3%
CRSCO				
INGRESOS PROPIOS				
DEVENGADO Ingresos Operación	631.760	746.611	822.893	815.878
% recuperación	91,5%	90,0%	83,2%	80,0%
DEVENGADO Otros Ingresos corrientes	26.254	40.232	99.282	43.781
% recuperación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
DEVENGADO recuperación de prestamos	35.909	56.771	80.778	148.430
% recuperación	96,4%	10,2%	98,4%	99,0%

Elaboración Propia GSC

⁶² Porcentaje de recuperación = (ingreso percibido/ingreso devengado)

En relación a la gestión de generación y recuperación de ingresos propios (ingresos generados por venta de servicios a particulares y copagos de beneficiarios FONASA) se establece que:

- Ingresos de la operación (Sub.07): El establecimiento con menor recuperación es el CRSCO, pero es aquel que genera mayor cantidad en términos monetarios. Se evalúa que el menor porcentaje de recuperación obedece a que en su gestión financiera global generan superávit y al no poder utilizarlo, no tiene incentivo en aumentar el saldo de caja.
- Ingresos corrientes (Sub.08), es aquel que se obtiene del reembolso de licencias médicas presentadas por funcionarios del establecimiento; la recuperación es de un 100% en los tres establecimientos, lo que obedece principalmente a que el registro de percepción lo realizan al momento de ingresar los valores a tesorería. Cabe aquí señalar que CRSM y CRSCO utilizan el valor recaudado o menor en pago de gasto variable como es suplencia y reemplazos, en cambio el HPH utiliza dicho reembolso o una mayor cantidad en suplencias y reemplazos (fuente: SIGFE). Presupuestariamente el ingreso por reembolsos de licencias médicas se debe utilizar en el gasto que se genera al reemplazar al funcionario con licencia, por lo cual una medida de control de gasto eficiente debe cautelar que el gasto sea igual o menor al ingreso recuperado. El HPH genera déficit por esta causa ya que los reemplazos en términos monetarios superan al ingreso destinado a este concepto. Este es un aspecto de la gestión que debe ser revisado por el establecimiento.

El registro de la recuperación de los ingresos corrientes en el momento de la percepción requiere de un análisis de eficiencia más concreto, que consiste en registrar los valores (devengar) posibles de reembolso de una licencia médica, lo que trae complicaciones en varios ámbitos:

1.- incertezza de pago del 100% de licencias (rechazos, disminución de tiempo de reposo). Por lo tanto el indicador de recuperación se ve afectado sin mediar necesariamente la gestión administrativa (se recupera menos que lo que se devenga, por efecto de licencias rechazadas). Este trámite puede tomar un tiempo mayor al de un ejercicio presupuestario. Es importante realizar la distinción en el devengado de ingreso vs gasto, es decir, el devengado de gasto en algún momento del ejercicio se cancelará o quedará como deuda de operación para el ejercicio siguiente; en el caso de este ingreso devengado, no existe la certeza de que en algún momento será efectivamente percibido como un 100%.⁶³

2.- tanto las ISAPRES⁶⁴ como FONASA tiene un tiempo de latencia en el pago que supera los 30 días.

⁶³ Las licencias médicas son tramitadas ante FONASA, las cuales pueden ser aceptadas, rechazadas o reducidas, lo cual no permite a priori registrar contablemente los valores comprometidos como recursos seguros a percibir.

⁶⁴ Instituciones de Salud Previsional

3.- los ingresos devengados factibles de utilizar en gasto asociado (reemplazos) son solamente los percibidos, pues las remuneraciones deben cancelarse mensualmente. Es decir si se considera la información devengada se corre el riesgo de caer en déficit por esta causa.

- Recuperación de préstamos (Sub.12): Este indicador es bajo debido a que las cuentas por cobrar registradas aquí son de años anteriores, y en gran porcentaje cuentas que debiesen declararse incobrables; el hecho de no limpiar este saldo obedece a que probar que efectivamente no son factibles de cobrar es muy difícil. Ejemplo: deudor sin teléfono, sin dirección ubicable, no son factores reconocidos para el castigo de esta deuda; este es uno de los casos más habituales que generan aumento de saldo en cuentas por cobrar, que no serán percibidos y por lo tanto no utilizados.

Cuadro N° 13

**Gasto en factor Recursos Humanos considerando componente variable y fijo en los EE
Porcentajes con base 100 del total de gasto en RRHH
(valores actualizados por reajuste del sector público para RRHH, a pesos 2010)**

Fuente: SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
GASTO en R.R.H.H	13.372.950	14.876.909	16.388.070	17.664.549
FIJO	86,7%	83,1%	82,4%	80,6%
VARIABLE	13,3%	16,9%	17,6%	19,4%
CRSM				
GASTO en R.R.H.H	2.221.810	2.254.824	2.206.406	2.325.387
FIJO	88,3%	89,8%	93,2%	92,5%
VARIABLE	11,7%	10,2%	6,8%	7,5%
CRSCO				
GASTO en R.R.H.H	1.684.792	2.191.957	2.284.235	2.367.857
FIJO	81,2%	65,7%	64,2%	70,4%
VARIABLE	18,8%	34,3%	35,8%	29,6%

Elaboración Propia GSC

Se considera gasto variable al generado por: bonos por cumplimiento de metas, pago por horas extras, honorarios, aguinaldos, pago por suplencias y reemplazos. El resto del gasto en sub.21 es considerado fijo.

Considerando la condición mencionada anteriormente sobre la forma de dotación de RRHH, es posible señalar que:

- El CRSM es el que tiene entre los tres EE la proporción de gasto fijo más elevada registrada en este ítem de gasto; debe considerarse que el gasto en RRHH mediante compra de servicios (considerado como variable), se encuentra en otro ítem

presupuestario (Bienes y Servicios de Consumo), por lo cual esta aparente proporción aumentada es para efectos de este análisis ya que los otros EE también realizan este tipo de compras de servicios.

- El CRSCO es el que presenta mayor proporción de gasto variable y por lo tanto cualquier gestión en este sentido puede generar resultados en un menor tiempo, en términos financieros. Este establecimiento ha generado superávit de la operación y podría utilizar parte de éste en incentivo para sus funcionarios, lo cual puede incidir directamente en un mayor compromiso y cumplimiento de metas, tal como fuera explicado previamente.
- El HPH es el establecimiento más grande de los tres EE en cuanto a presupuesto, cartera de servicios y en número de funcionarios; el hecho de que el gasto en RRHH sea el más elevado de todos sus gastos, es atendible dado lo intensivo en uso de este factor en productos de salud. El hecho que este gasto sea principalmente fijo, implica que es independiente de la cantidad de actividad realizada, por cuanto la carga financiera es significativa, es decir, a este establecimiento las variaciones a la baja de actividad afecta fuertemente en sus niveles de deuda y la capacidad de ajuste es a mediano o largo plazo.

Cuadro N° 14

**Gasto en Bienes y Servicio de Consumo específicos para la producción 2007-2010 en los EE
(Valores actualizados por variación del Índice de Precios al Consumidor, a pesos 2010)**

Porcentajes con base 100 del total de gasto Sub. 22 en miles de pesos

Fuente: SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
ITEM DE GASTO				
FARMACIA	1.418.368	1.644.516	1.921.755	2.370.213
QUIMICOS	428.605	469.548	524.879	730.190
COMPRAS DE ACTIVIDAD *	305.470	892.128	1.563.974	1.423.426
% farmacias	18%	19%	17%	21%
% químicos	5%	5%	5%	6%
% compra actividad	4%	10%	14%	12%
CRSM				
ITEM DE GASTO				
FARMACIA	264.909	398.150	505.081	462.853
QUIMICOS	105.368	144.566	266.032	188.297
COMPRAS DE ACTIVIDAD *	664.578	801.160	1.221.414	925.443
% farmacias	8%	9%	9%	9%
% químicos	3%	3%	5%	4%
% compra actividad	21%	19%	21%	18%
CRSCO				
ITEM DE GASTO				
FARMACIA	339.939	390.218	476.346	630.850
QUIMICOS	312.092	223.378	286.199	273.929
COMPRAS DE ACTIVIDAD *	611.880	759.877	721.997	791.651
% farmacias	14%	17%	19%	23%
% químicos	13%	10%	11%	10%
% compra actividad	25%	33%	28%	29%

Elaboración propia GSC

(*) La compra de actividad identificada es compra de días cama, exámenes y otros servicios clínicos al extra-sistema (la oferta no cubre la demanda y debe comprarse servicios en otras instituciones de salud privadas).

De los tres EE, el HPH es el con mayor gasto en bienes y servicios de consumo y por ende en los ítem mencionados en el cuadro 25, debido al tamaño de la institución y la cartera de servicios ofrecida; es el establecimiento con mayor número de camas en atención cerrada y el único con Unidades de Paciente Crítico.

Uno de los factores productivos en directa relación con la producción interna es el gasto en fármacos y materiales y útiles quirúrgicos; es así como el gasto en estos bienes es claramente superior en términos individuales al resto de los gastos.

En el tema de compra de servicios corresponden a:

- Demanda no satisfecha
- Aumento en la oferta de prestaciones
- Complejidad de prestaciones no incluidas en cartera de servicios

El análisis a este nivel se realiza en relación a las prestaciones realizadas⁶⁵ con los recursos disponibles, ya que no existe costeo real vs estándar de comparación; será posible ahondar en este tema al comparar los resultados con los establecimientos EAR, objetivo del siguiente informe.

Cuadro N° 15

Comparación del gasto operaciones en relación al crecimiento en la actividad asistencial⁶⁶
(Valores actualizados por variación del Índice de Precios al Consumidor, a pesos 2010)

Fuente: SIGFE, REM 0; REM 17A

Establecimiento	Porcentajes	2008-2007	2009-2008	2010-2009
HPH	% crecimiento actividad	-1,4%	24,3%	27,5%
	% crecimiento gasto	9,9%	18,3%	5,2%
CRSM	% crecimiento actividad	36%	-10%	1%
	% crecimiento gasto	18,9%	24,9%	-7,5%
CRSCO	% crecimiento actividad	-0,3%	8,0%	-1,3%
	% crecimiento gasto	8,7%	7,2%	6,4%

Elaboración propia GSC

En este cuadro se presenta y queda evidente que el aumento en el gasto operacional no está en ninguno de los EE con tendencia similar a la seguida por la cantidad de actividad realizada.

Las variaciones en el gasto en relación a las variaciones en la actividad se pueden argumentar debido a mejoras en la calidad de las prestaciones o aumento de complejidad de las mismas, pero no existe seguimiento sistemático que permita asegurar estas condiciones como

⁶⁵ Cantidad de prestaciones realizadas en el mismo establecimiento en diferentes años, según registros estadísticos, se extrajo actividad de mismos códigos para hacerlos más comparables.

⁶⁶ Se refiere al aumento en cantidad de las mismas prestaciones y nuevas que aumentan la cartera de servicios, como en el caso de una unidad de urgencia nueva en el HPH.

efectivas, por lo cual se evalúa que a los EE les faltan herramientas para un análisis objetivo y detallado que explique las causas de esta diferencia en el comportamiento de los gastos en relación a la actividad a la cual se aplican, esto es importante pues contar con las herramientas necesarias les permitirá realizar una mejor gestión y tomar decisiones con elementos más objetivos.

A continuación se presentan algunas características diferenciadoras entre los EE que inciden sobre el gasto:

CRSM:

Los Directivos de este establecimiento sienten que están plenamente integrados y considerados en la Red del SSMS para la definición de políticas del sector. El CRSM, al igual que el HPH, cuenta con un Servicio de Urgencia adulto e infantil, lo cual también se ve reflejado en el gasto en compra de servicios, pero su gasto corresponde a compra de exámenes e intervenciones quirúrgicas, es decir, no realiza compra de días cama al extra sistema.

CRSCO:

En este caso, según el análisis realizado y debido a la diferencia observada con respecto a los otros dos EE, realiza sólo prestaciones ambulatorias electivas programadas (no cuenta con Servicio de Urgencia⁶⁷), lo cual ha incidido en una mejor aplicación de los recursos y generación de superávit, el gasto de compra de actividad está dado por compra de exámenes e intervenciones quirúrgicas. En relación con el CRSM, este establecimiento realiza mayor cantidad de actividad interna. La dificultad que se presenta es que genera superávit que no han podido aplicar en mejorías de infraestructura y equipamiento debido a las restricciones de marco presupuestario a las que está sujeto, por lo cual en este caso es necesario realizar una evaluación y asignación de presupuesto con variables distintas a las habituales de otros centros asistenciales que se manejan con déficit de recursos ya que no es eficiente para el EE.

HPH:

En este punto es fundamental describir la situación particular⁶⁸ a la que se siente afectado este establecimiento, según lo indican sus directivos: Si bien el ser un EE en términos financieros le es favorable por la mejor relación y comunicación con el Nivel Central (que es el principal financista), esto se transforma en un contratiempo al momento de participar en la red del SSMSO, ya que por la falta de oferta y demanda insatisfecha de la población beneficiaria del SSMSO, no se sienten considerados por éste como parte de su red pues

⁶⁷ Al no contar con demanda espontánea puede aplicar mejor los recursos ya que hay certeza de las prestaciones a realizar.

⁶⁸ Situación de localización geográfica, situación socioeconómica de usuarios que incide en su carga de enfermedad, Red SSMSO con un hospital base sin capacidad de dar respuesta a la demanda de la población y sus hospitales dependientes que afecta a HPH que no depende de él, pero referencia a este.

cuando requieren derivar pacientes al hospital base del SS, no obtienen el apoyo de la misma forma que ellos sirven a la Red; esta situación se explica por la sobrecarga a la que se enfrenta el SSMSO, de ahí el aumento en el gasto en compra de servicios (actividad asistencial), particularmente desde que se implementó el Servicio de Urgencia Adulto (año 2009), en que se incrementó por ejemplo la compra de servicio de atenciones días cama en gran parte generada por las consultas espontáneas en este servicio y que deriva en hospitalización.

El HPH por su nivel de complejidad debería derivar sus pacientes más complejos al Hospital Sotero del Río, pero como este establecimiento no tiene capacidad suficiente, no tiene otra alternativa que externalizar al paciente, lo cual no le significa mayor gasto al SSMSO, ya que su presupuesto está separado del EE, lo cual hace que no hay mayor incentivo para resolver la problemática de red que plantea el EE.

De lo presentado se concluye que la eficiencia en la asignación de recursos en el gasto de los factores productivos se ve limitada cuando el establecimiento no es considerado como parte de la red; en este sentido se evalúa como positivo el incorporar en esta relación EE con su red, un incentivo que financieramente los beneficie, de tal manera que los efectos o logros obtenidos por los EE sean reconocidos por la red en la que están insertos.⁶⁹

En cuanto al uso de recursos se identifica claramente que la falta de sistema de costeo y categorización de pacientes según complejidad de las prestaciones, es un área débil que debe fortalecerse para explicar, asignar y modificar la aplicación de ellos. Este aspecto debería ser una exigencia al momento de formular y presentar el presupuesto de gastos.

El nivel de deuda con proveedores se muestra la siguiente tabla:

Cuadro N° 16
Evolución deuda a proveedores a diciembre de cada año 2007-2010 en los EE
(en miles de pesos)
Fuente: SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
Deuda	0	-698.269	-1.028.918	-498.808
CRSM				
Deuda	-40.195	-234.926	-176.727	0
CRSCO				
Deuda	-161	-147.358	0	0

Elaboración Propia GSC

⁶⁹ Incentivo mencionado como positivo, no es parte del modelo pero sería interesante avanzar en esta lógica mediante un estudio de factibilidad y posible incorporación al modelo de EE.

En la evaluación durante el periodo 2007- 2010, se identifica el efecto de la apertura del Servicio de Urgencia del HPH en cuanto a su deuda, que si bien tiende a estabilizarse, claramente este efecto es fundamental en la evaluación del comportamiento de un EE.

Es importante para el análisis evaluar el nivel de deuda de cada establecimiento a noviembre de cada año, para eliminar en parte el efecto de aporte de pago de deuda realizada centralizadamente principalmente en diciembre de cada año; esto porque no está en los estados financieros claramente identificado el valor por este concepto. Este análisis permite extraer conclusiones de la gestión propia del establecimiento ya que los EE no están exentos de la modificación que sufre el sector⁷⁰ a fines de cada año debido al concepto de aporte pago de deuda, que representa la no asignación eficiente, oportuna y necesariamente justa de los recursos.

Se evalúa que esta situación de inestabilidad de las transferencias desde el Nivel Central afecta fuertemente la eficiente gestión de los recursos, en que se transfiere menos que lo presupuestado mensualmente generándose un reconocimiento de actividad (como lo indicado por el CRSIM) y en otros un aporte de pago de deuda a fines de cada año.

Cuadro N° 17
Evolución deuda a proveedores a noviembre de cada año 2007-2010 en los EE
(en miles de pesos)
Fuente: SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
Deuda	-1.060.761	-663.365	-2.000.961	-2.975.765
CRSM				
Deuda	-30.467	-351.586	-767.681	-287.808
CRSCO				
Deuda	-109.137	-49.386	-419	0

Elaboración Propia GSC

Al observar este cuadro y compararlo con el cuadro N°21, se identifica que la gestión financiera del CRSCO se ajusta a la gestión clínica en cuanto a uso de recursos para generar las prestaciones, por lo cual el comportamiento financiero a través del año es acorde a los requerimientos y generación de la actividad, esto también es consistente con la variación de presupuesto inicial vs final de cada año (cuadro N° 11), siendo el con menor variabilidad de los tres EE en estudio. Estos resultados están en directa relación con una eficiente formulación de presupuesto, más ajustada a lo programado. El resultado de noviembre de cada año es similar al obtenido a diciembre de cada año. No ocurre igual con el HPH, esto principalmente por lo presentado en el cuadro N° 11 donde se señala la diferencia entre el presupuesto inicial vs el final de cada año. El efecto de que el establecimiento no cuente con

⁷⁰ A final de cada año el sector sufre modificaciones en el presupuesto y las transferencias asignadas para el periodo a causa de un aporte de pago de deuda

el total conocimiento y certeza de su presupuesto en forma oportuna no facilita la gestión en términos financieros, por el contrario genera complicaciones y aumento de gasto debido a la incertidumbre de pago a proveedores.

3.6 Eficiencia en el Gasto de Inversión y Mantenimiento:

En el siguiente cuadro se muestra el porcentaje de participación del gasto en inversión dentro del total de aplicación de recursos.

Cuadro N° 18
Porcentaje del gasto en inversión en relación al total de gasto. 2007- 2010 en los EE
Fuente SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
Inversión real	2%	1%	1%	1%
Iniciativa de inversión	0%	3%	1%	0%
CRSM				
Inversión real	5%	1%	1%	0,1%
Iniciativa de inversión	0%	0%	0%	0%
CRSCO				
Inversión real	4%	4%	4%	4%
Iniciativa de inversión	0%	0%	0%	0%

Elaboración Propia GSC

Inversión real: entiéndase por aquella de financiamiento propio como parte de su presupuesto de operación. Ejemplo: compra de un equipamiento específico de reposición y requerimiento local.

Iniciativa de inversión: Entiéndase por la inversión financiada con recursos sectoriales asignados a proyectos específicos, se transfieren recursos diferenciados como transferencia para gasto de capital y se utiliza metodología de proyectos MIDEPLAN. Ejemplo: construcción o reposición de un establecimiento asistencial.

La hipótesis al iniciar este estudio es que era esperable encontrarnos con políticas de inversión en equipamiento e infraestructura mucho más sólida y eficiente que en el resto de los establecimientos asistenciales, considerando las atribuciones entregadas por DFL a los EE y dado el supuesto de mayor disponibilidad y acceso a los recursos. Así, se pensó que existía una fuerte inversión sectorial en apoyo de este modelo de gestión, con proyectos de inversión que se evaluarían utilizando el sistema del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) en cuanto a cumplimiento de procedimientos, plazos, ejecución, rendición de gastos y evaluación.

Pero a diferencia de lo esperado, la realidad de los tres EE muestra que las inversiones obedecen principalmente a una priorización anual y en relación a los recursos que por presupuesto les son asignados, siendo ésta principalmente en equipamiento.

De las entrevistas realizadas y de los estados financieros revisados, se concluye que en aspectos de inversión estos EE no cuentan con beneficios adicionales a los establecidos para el resto de los establecimientos en otra modalidad de gestión; es más, los tres EE tienen menos participación de las iniciativas a las que se presentan los SS de su red. En el caso del CRSM, el foco está puesto en el aumento de cobertura y producción por lo cual no se han concentrado en presentar proyectos de inversión al Nivel Central y han realizado inversiones con fondos operacionales como la habilitación de 30 camas de agudos el año 2008.

En el caso del HPH hubo una gran inversión con la construcción y habilitación del Servicio de Urgencia Adultos, pero este proyecto fue guiado y ejecutado por el MINSAL a través del SSMSO, por lo cual no fue posible evaluar la gestión local realizada; los recursos del proyecto se registraron en la contabilidad del establecimiento (no operacional), pero tanto el diseño, ejecución y seguimiento se realizó en el SSMSO.

En el CRSM y CRSCO no ha existido un nivel de inversión considerable y aquellas realizadas han sido con recursos propios por lo cual no han debido responder a una metodología específica como la de MIDEPLAN.

Cuadro N° 19
Porcentaje del gasto en mantención en relación al total de gasto 2007- 2010 en los EE
Fuente: SIGFE

HPH	2007	2008	2009	2010
Mantenimiento equipo e infraestructura	11%	9%	13%	6%
CRSM				
Mantenimiento equipo e infraestructura	3%	2%	2%	1,2%
CRSCO				
Mantenimiento equipo e infraestructura	2%	4%	5%	7%

Elaboración Propia GSC

Mantenimiento:

En cuanto al mantenimiento en equipamiento e infraestructura es posible indicar:

En los tres EE las mantenciones en equipamiento se realizan mediante compra de servicio, existiendo la asignación de presupuesto para ello. Existen mantenciones preventivas de aquellos equipos críticos y para el resto es principalmente correctivo, por lo tanto la política de mantenimiento de equipamiento es principalmente dado por las urgencias y priorización del momento.

El óptimo de recursos asignados a mantención de equipamiento va a depender de cada establecimiento en cuanto se conozca claramente la vida útil actual de cada equipo y dependiendo de los equipos de unidades críticas (equipos clínicos e industriales). Se puede indicar que en general debería considerarse para mantenimiento aproximadamente un 30% del valor de equipamiento en funcionamiento, siendo este valor elevado para los presupuestos asignados.

CRSM Y CRSCO:

En cuanto a las mantenciones de infraestructura, estos establecimientos tienen gran parte de sus servicios de apoyo externalizados por lo cual estas se realizan dependiendo de los contratos vigentes. Es importante destacar que la Subdirección Administrativa define el presupuesto con el cual debe trabajarse durante el año, esto marca las posibilidades reales de mantenciones, incluido dentro de este presupuesto se encuentra el programa de mejoramiento de infraestructura del MINSAL.

HPH:

En cuanto a las mantenciones de infraestructura, este establecimiento tiene parte de sus servicios de apoyo externalizados por lo cual estas se realizan dependiendo de los contratos vigentes. Las mantenciones propias se realizan principalmente según las urgencias y con el financiamiento del programa de mejoramiento de infraestructura del MINSAL.

Se evalúa que en este punto los tres EE tienen comportamientos similares, el no contar con la información detallada del valor de cada equipo y su vida útil no hace posible presentar la real necesidad de recursos a asignar para este ítem.

Como se puede establecer en cuanto a las inversiones y mantenciones, los EE operan de forma similar a los demás establecimientos asistenciales, esto se clarificará aún más cuando se realice la comparación con los EAR.

A pesar de las restricciones para ejecutar las mantenciones e inversiones necesarias, si bien este gasto ha sido bajo en comparación al resto de los gastos requeridos para la producción, el existente se ha utilizado eficientemente ya que todos los establecimientos priorizan en relación a la criticidad y urgencia, considerando el impacto en la generación de actividad, demostrándose que en todos los casos ésta ha aumentado.

El HPH está en asociación con una universidad privada (UDD) con la cual genera alianzas estratégicas que han permitido paliar de alguna forma los déficit y así poder generar algunas mantenciones e inversiones; de los tres EE, es el que asigna mayor porcentaje a mantenciones. Se pudo determinar que esta alianza ha sido fundamental en cuanto al apoyo que ha prestado al HPH, tanto en equipamiento, infraestructura y otros aportes a tratamientos de pacientes específicos que lo han requerido para lo cual el HPH con sus recursos propios no habría podido dar respuesta; el aporte supera los M\$ 2.400.000, lo que ha permitido ampliar cartera de servicios por parte el EE con exámenes de imagenología

compleja (Resonancia Nuclear Magnética entre otras), aumento de intervenciones quirúrgicas debido a normalización de pabellones , aumento de consultas a causa de construcción de box médicos para especialidades como oftalmología, dermatología y medicina interna. En conclusión, debe potenciarse este tipo de alianzas que resultan de gran aporte a la operación de los EE.

3.7 Eficiencia:

Una forma de mostrar y evaluar la eficiencia financiera de los EE, es revisar en forma conjunta la ejecución de ingresos, gastos, actividad y el resultado financiero final de cada año como es la deuda con proveedores.

En los cuadros siguientes se presenta la situación anual de ejecución de cada establecimiento y se refleja lo analizado en los puntos anteriores, en cuanto a las restricciones financieras que dificultan la gestión tanto en la generación de actividades como en su aplicación para gastos en mantenimiento de infraestructura y equipamiento.

Cuadro N° 20
Comparación en el ingreso, gasto y actividad en miles de pesos CRSM
2007- 2010 en los EE
Fuente: SIGFE

AÑO	EJECUCIÓN INGRESOS	EJECUCIÓN GASTOS	DIFERENCIA	CANTIDAD DE ACTIVIDAD ⁷¹
2007	4.682.006	4.915.393	-233.387	664.659
2008	5.948.439	6.041.178	-92.739	901.688
2009	8.038.029	8.168.710	-130.681	814.851
2010	7.811.734	7.507.172	304.562	823.872
resultado acumulado	26.480.208	26.632.453	-152.245	3.205.070
Deuda a dic. 2010			0	

Elaboración Propia GSC. Ingresos y gastos operacionales de cada año.⁷²

⁷¹ Cantidad en número de prestaciones evaluadas (indicadas en página N° 13 de este informe), registradas en cada código del Registro Mensual Estadístico. REM.

⁷² Fuente: Sistema de Gestión Financiera del Estado. SIGFE de cada establecimiento.

Cuadro N° 21
Comparación en el ingreso, gasto y actividad en miles de pesos CRSCO
2007- 2010 en los EE
Fuente: SIGFE

AÑO	EJECUCIÓN INGRESOS	EJECUCIÓN GASTOS	DIFERENCIA	CANTIDAD DE ACTIVIDAD
2007	3.846.354	3.779.344	67.010	272.213
2008	4.369.985	4.280.094	89.891	271.451
2009	5.205.920	4.866.990	338.930	293.212
2010	6.060.446	5.261.137	799.309	289.304
Resultado acumulado	19.482.705	18.187.565	1.295.140	1.126.180
Deuda a dic. 2010			0	

Elaboración Propia GSC. Ingresos y gastos operacionales de cada año.

Cuadro N° 22
Comparación en el ingreso, gasto y actividad en miles de pesos HPH
2007- 2010 en los EE
Fuente: SIGFE

AÑO	EJECUCIÓN INGRESOS	EJECUCIÓN GASTOS	DIFERENCIA	CANTIDAD DE ACTIVIDAD
2007	17.361.428	18.027.221	-665.793	1.235.702
2008	20.951.173	21.213.588	-262.416	1.217.961
2009	26.237.673	27.244.007	-1.006.334	1.513.737
2010	30.936.735	29.374.187	1.562.548	1.929.438
resultado acumulado	95.487.009	95.859.003	-371.994	5.896.838
Deuda a dic. 2010			-498.808	

Elaboración Propia GSC Ingresos y gastos operacionales de cada año.

En los cuadros N° 25, 26 y 27 se muestra la disponibilidad de ingresos de operación para ejecutar gastos y generar la producción en cada año. Se puede constatar lo indicado anteriormente respecto de que mientras más definida y programada la cartera de servicios, mejor aplicación de recursos y por lo tanto mayor eficiencia financiera; para los CRS's EE no existe en todo el periodo analizado una misma tendencia entre la variación del gasto y la variación de la cantidad de actividad realizada, esto es los gastos aumentan de un año a otro,

pero la cantidad de actividad aumenta y disminuye entre años, en el caso del HPH, se observa una tendencia similar en las variaciones analizadas (del 2007 aumenta el gasto y aumenta sostenidamente la cantidad de actividad realizada).

Se evalúa que de los tres EE el HPH es aquel que ha tenido un trato presupuestario desde el Nivel Central con menor reconocimiento de su realidad en cuanto al gasto y crecimiento de prestaciones, ya que en todos los años el presupuesto de ingresos asignado fue mayor al efectivamente transferido (documentos de presupuestos formales de cada año vs ejecución efectiva), lo cual genera distorsiones entre lo formalmente establecido y lo efectivamente realizado.

Otra forma de revisar y evaluar la eficiencia financiera es realizando un análisis comparativo de costos, lo cual no es posible debido a que ninguno de los EE trabaja aún con centros de responsabilidad, con WinSIG⁷³ que es un sistema de coste creado por la OPS que distribuye el gasto en los diferentes centros de costo y permite obtener un costo promedio de productos intermedio, de apoyo y finales o con clasificación de pacientes como es el Grupo Relacionado Diagnóstico (GRD: sistema de clasificación de pacientes según su patología asignando complejidad a cada una y agrupándolas por los consumos). El trabajo con Centros de responsabilidad⁷⁴ y centros de costos denota un mayor desarrollo en la gestión administrativa y financiera, a la que estos EE debiesen sumarse, principalmente porque el WinSIG, no tiene un costo económico, sino de trabajo en establecer procedimientos y estandarizaciones de procesos, requiere muchas definiciones que a la vez permite organizar y conocer de mejor forma una institución.

Así, se concluye que la gestión financiera pudiera ser optimizada con la incorporación de herramientas de gestión como las señaladas, las cuales aportarían en el análisis de eficiencia financiera.

⁷³ Sistema de Información Gerencial, versión Windows.

⁷⁴ Centros de Responsabilidad con todas sus potencialidades, esto es entregando la responsabilidad de la gestión clínica cuando corresponda y administrativa- financiera de los gastos a cada centro definido.

Capítulo 3

Área de Evaluación: “Organización y Gestión”

1 Marco legal, gestión y estructura organizacional

1.1 Análisis del Marco Legal que rige los EE

La normativa vigente al momento de esta evaluación no ha sido modificada desde su promulgación en el año 2002 y tampoco han existido normativas complementarias u otras que otorguen a estos establecimientos un marco diferente al originalmente diseñado.

El modelo de gestión que subyace a la normativa legal que crea los EE, no tiene un relato oficial documentado por la autoridad ministerial⁷⁵. De modo tal que no es posible comparar ni evaluar el cumplimiento del modelo de gestión original. Estudios previos tampoco hacen referencia a ellos⁷⁶; sin embargo, es posible recoger sus grandes lineamientos a partir de la revisión sistemática de los DFL y de las entrevistas de los Directores de los EE, que ostentan ese cargo desde su creación.

Tampoco está explicitado en la documentación revisada, la razón de seleccionar dos Centros de Referencia en Salud (CRS)⁷⁷ y un hospital catalogado de alta complejidad; tienen en común, el estar en la Región Metropolitana y ser de construcción reciente al momento de definirse como EE; todos pertenecen a Servicios de Salud (SS) diferentes.

Antecedentes de contexto:

La idea de los EE surge como tal el año 1999, concretándose en el período de la Reforma Sanitaria de la década del 2000 en el Gobierno de la Concertación. En este período, el tema de la gestión hospitalaria fue asumido como una tarea prioritaria por el MINSAL por diferentes factores, entre otros, la convicción por parte de los principales actores del sector de que la red asistencial pública, que había sido favorecida con importantes inversiones de infraestructura, requería también de una revisión de sus modelos de gestión⁷⁸. Este tema está puesto en la agenda del actual gobierno con un fuerte énfasis en la incorporación de tecnologías de información como el Balance Score Card o Cuadro de Mando Integral, así como en sistemas homogéneos de evaluación periódica de dicha gestión⁷⁹.

⁷⁵ Se realizó una búsqueda sistemática de documentación que haga alusión al “modelo experimental” en fuentes oficiales del MINSAL

⁷⁶ Evaluación de Establecimientos Experimentales 2007. Dra. S. Pepper. Subsecretaría de Salud.

⁷⁷ Se definen como establecimientos de atención ambulatoria de mediana complejidad (menor que la de los Centros Diagnóstico Terapéuticos (CDT); su función es cubrir demanda en áreas densamente pobladas.

⁷⁸ Revisión documental formulario Nº 2: sobre la experiencia francesa de la reforma en la gestión hospitalaria

⁷⁹ Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Sitio web Noticias Abril 2011.

Una serie de estudios de esa década relativos al tema de la gestión hospitalaria en diferentes ámbitos (rendimiento del RRHH⁸⁰, rendimiento del gasto,⁸¹) así como la experiencia en países con altos estándares en salud que enfatizan en sus modelos el tema hospitalario, orientan a la necesidad de “modernizar” la gestión de los hospitales públicos.⁸²

Principales elementos que caracterizan el marco legal de los EE:⁸³

Junto a la descripción, se han incorporado las observaciones que respecto al marco legal realizan los directores de los EE:

- *Servicio Público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio (Artículo 2º).*

Esto caracteriza a los SS, que son las estructuras de las cuales, en el modelo tradicional, dependen los establecimientos de salud de la red pública, con excepción de aquellos de la Atención Primaria (APS). No hay cambios en cuanto a la población a la cual han de entregar las prestaciones de salud.⁸⁴ Este aspecto es altamente valorado por los directores, quienes señalan que esta autonomía impulsa una mayor responsabilidad en la gestión y permite generar una imagen e identidad propia que impregna toda la institución.

- Se explicita la necesidad de desarrollar sus actividades “...con eficiencia, mejoría continua de la calidad y participación tanto de los usuarios como de sus beneficiarios, a nivel de la gestión de las actividades asistenciales...” “... Fomento de la investigación científica y el desarrollo del conocimiento de la medicina y de la administración hospitalaria...” “...será obligación del establecimiento la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal y la difusión de la experiencia y del conocimiento acumulado (Artículo 3º y 7º). “...El establecimiento se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud...” “...deberá funcionar coordinado con el SS en su integración a la red asistencial, conforme la normativa vigente (Artículo N° 4º) y “...su director será de exclusiva confianza del Presidente de la República...” (artículo 5º).

Estos artículos establecen una diferencia sustantiva con la normativa tradicional, ya que en ésta, el Director de SS, cargo de confianza presidencial, tiene a su cargo los establecimientos de la red y sus directores bajo su tuición. El énfasis en la capacitación de sus funcionarios tampoco está explicitado. En este aspecto, los directores señalan que

⁸⁰ Revisión documental formulario Nº 30 sobre Desafíos y Problemas en la gestión de RRHH de salud en las reformas sectoriales OPS/OMS.

⁸¹ <http://www.saludyfuturo.cl/pags/analisis5/hoja1.html> Oct. 2011.

<http://www.eclac.org/> Resultados y rendimiento del gasto en el sector público en salud en Chile 1090-1999 J. Rodríguez y M. Tokman Oct. 2011.

⁸² Revista Española de Salud Pública v.83 n.3 jun 2009 Claudio Méndez Valenzuela U. Austral de Chile.

⁸³ Para este análisis se toma el DFL Nº 20 que crea el HPH; las diferencias entre los 3 EE son menores y se revisan en otro acápite de este estudio.

⁸⁴ Que son los correspondientes a las leyes Nº. 18.469 y 16.744.

estas definiciones han permitido la introducción y el desarrollo de nuevos modelos de gestión que son altamente valorados.

- “...*Participación de los funcionarios y la comunidad y control social* a través de una instancia colegiada denominada “Consejo Consultivo...” (Artículo 6°).

Este es un ámbito totalmente ausente en la ley del año 1979 que creó los SS y normativas relacionadas.

- “...*definir la organización interna del establecimiento...*” (Artículo N° 8°).

La estructura hospitalaria viene definida en la ley N° 2.763⁸⁵, que establece la nominación y estructura organizacional de los establecimientos de salud públicos. En opinión de los directores, esta modificación permite una organización dinámica que se rediseña de acuerdo a las exigencias que se presentan, lo cual evalúan muy positivamente.

- Establece atribuciones específicas en diferentes ámbitos (Artículo N° 9°) algunas de las cuales marcan una diferencia muy sustantiva con el modelo tradicional:

- Elaborar y presentar al MINSAL el presupuesto y el plan anual de actividades asociado, así como el de inversiones
- Ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario establecido
- Relación directa con el FONASA para los pagos de prestaciones a los beneficiarios...

Esta función está radicada en el modelo tradicional en el Director del SS, quien define actividades y asigna presupuestos de los establecimientos bajo su dirección.

En este ámbito, los directores expresan que la fijación del presupuesto de cada EE por ley debiera dar mayores certezas respecto de los recursos financieros disponibles⁸⁶; de igual forma, se valora la posibilidad que se da de renegociar directamente con el FONASA las metas y compromisos de producción.

Sin embargo, la Directora del CRSCO señala las limitaciones que la normativa establece para el uso de excedentes, toda vez que éstos están vinculados con el cumplimiento de metas (sólo si se cumplen en un 100%, sin gradualidad) y por otro lado, su uso pasa por un aumento del marco de gasto en caso de ser los excedentes mayores a lo presupuestado. Esto genera en su caso, la imposibilidad de utilizar estos excedentes para beneficio de los funcionarios o compra de equipos u otros elementos requeridos para el EE.

- Celebrar convenios para otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago

⁸⁵ Decreto que crea los SS y define la estructura de los establecimientos de la red pública, entre otros aspectos.

⁸⁶ Para complementar esta opinión, ver en Área “Uso de Recursos”, las diferencias encontradas entre el presupuesto inicial y final otorgado a los EE

- Celebración de contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas para el desempeño de tareas o funciones aun cuando sean propias y/o habituales del establecimiento

Estas prerrogativas son las que han permitido a los EE establecer convenios con instituciones privadas de tipo docente con beneficios importantes. La contratación de servicios en los términos señalados, se valora mucho, ya que permite la contratación de personal para cubrir las necesidades de la población y de la organización en forma flexible, según lo señalan los directores.

- Se establece *la realización de evaluaciones anuales por parte del MINSAL y auditorías externas (Artículo N° 10)*.

Esta es una exigencia para los EE que no está presente en los mismos términos para los demás centros asistenciales públicos, particularmente en la época en que se publicaron los DFL de los EE. Dada la relevancia de estos mecanismos de evaluación, se considera ésta como una normativa que debiera extenderse a todo el SNSS.

- Se establecen en el Título II, modificaciones sustantivas a las normativas que regulan el RRHH, particularmente la definición de la dotación en base a horas semanales, la posibilidad de contratación directa, esquema de remuneraciones simplificado en base a una nueva escala y la opción de establecer un propio sistema de calificación de su personal. (Ver Anexo N° 1).

Las ventajas señaladas por los directores se orientan hacia la existencia de dotación a partir de horas semanales, la simplificación de la estructura de RRHH y del sistema de remuneraciones, permitiéndose la entrega de beneficios no remuneracionales. Consideran sin embargo que la sustentabilidad del modelo experimental pasa por algunas restricciones legales que se detallan más adelante en este capítulo, como por ejemplo, a temas de remuneraciones.

La situación que más conflicto genera en su opinión, es que en los últimos años los funcionarios del SNSS han sido beneficiados por una serie de aumentos en sus remuneraciones tanto fijas como variables, de las cuales han sido excluidos los funcionarios de los EE; esto ha generado una falta de competitividad de las remuneraciones de los EE frente a los demás establecimientos públicos.

Las normativas asociadas a RRHH, por su relevancia, son tratados en forma separada más adelante en este capítulo.

1.1.1 Análisis y evaluación del Marco Legal de los EE:

Los DFL traspasan una serie de atribuciones de los directores de SS a los directores de los EE; más aún, expanden y flexibilizan la normativa vigente en diversas áreas, muchas de las cuales han sido propiciadas e implementadas con posterioridad por el MINSAL, especialmente en los

Establecimientos Auto gestionados en Red (EAR)⁸⁷. Esto se refiere principalmente a lo señalado en los Artículos 3º, 4º, 6º y 7º (mejoramiento de la calidad, instancias formales de participación ciudadana, flexibilización en la estructura organizacional de los establecimientos, eficiencia en el uso de recursos y sometimiento a evaluaciones periódicas normadas, programas de capacitación del personal y mejoramiento de los entornos laborales, entre otros⁸⁸). Por tanto, se puede decir que en estos ámbitos, la autoridad de salud ha expandido y homologado características que fueran inicialmente establecidas sólo para los EE.

Esta medida se considera pertinente y adecuada y se puede concluir que el marco legal que originó los EE se enmarca dentro de las reformas que el país necesita en el ámbito de la gestión hospitalaria, estando además avalada por la experiencia y documentación internacional^{89 90 91 92}.

Hay dos aspectos que a juicio de los consultores requieren un análisis más detallado, dado el énfasis que han tenido en el desarrollo de esta evaluación:

a) En cuanto a la autonomía respecto del director del SS y la participación de los EE en la Red Asistencial:

El ser un servicio público funcionalmente descentralizado y con patrimonio propio, le otorga autonomía en la gestión, incluyendo la financiera y la negociación de metas de producción con FONASA y el MINSAL. Este aspecto es positivamente evaluado por los directores de los EE y en opinión de los consultores, es consistente con los modelos propiciados internacionalmente, donde se otorga autonomía a la gestión, se evalúa el cumplimiento de metas y la gestión en forma regular, periódica y homogénea para todos los establecimientos.⁹³ Los directivos o gerentes se mantienen en su cargo en la medida que su gestión es positivamente evaluada.

La normativa vigente define al director del SS como “gestor de la red asistencial”⁹⁴ y la existencia de EE no debiera ser factor determinante en el funcionamiento de la red, toda vez que las redes asistenciales están compuestas no sólo por establecimientos públicos dependientes del MINSAL y adscritos a algún SS, sino también por otros:

⁸⁷ Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. DTO. N° 38 DE 2005 Publicado en el Diario Oficial de 29 de diciembre de 2005. Modificaciones: - Dto. 3/06, MINSAL, D.OF. 27.02.06, Rectificado el 28.04.06.

⁸⁸ Instrumento de Evaluación EAR. Febrero 2011 Subsecretaría de Redes Asistenciales.

⁸⁹ Revisión documental formulario N° 2: sobre la experiencia francesa de la reforma en la gestión hospitalaria.

⁹⁰ Revisión documental formulario N° 39 sobre Rendimiento y eficiencia del gasto en salud. OCDE.

⁹¹ Revisión documental formulario N° 26 sobre Mejoramiento de la eficiencia del sector público en salud. Eslovaquia. OCDE.

⁹² Revisión documental formulario N° 25 sobre Los costos de la calidad y de la no calidad. Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de Salud: ANAES – Francia.

⁹³ Revisión documental formulario N° 10: Programa Nacional de Salud Pública. Canadá 2008. Referencia a la descentralización de las responsabilidades en los establecimientos de salud

⁹⁴ Ley de Autoridad Sanitaria 19.937 del 2004

- La red tiene su puerta de entrada en la APS, cuya tutición y dependencia está radicada en las municipalidades⁹⁵
- Están los llamados “establecimientos delegados” como el Hospital Josefina Martínez que pertenece al mismo SS que el HPH e integra la red⁹⁶
- La componen también establecimientos privados que en ciertas áreas se integran a la red pública
- Dispositivos de las Fuerzas Armadas como por ejemplo el caso del SS Palena (Chiloé)

Los Objetivos Estratégicos de la propia Subsecretaría de Redes aclaran este concepto más amplio de lo que constituye la red asistencial⁹⁷. Así, en el modelo vigente de interacción público privado y del mejor aprovechamiento de los recursos de salud disponibles a nivel país, el nivel de autonomía no debiera ser el obstáculo para el adecuado funcionamiento en red. Elementos facilitadores de una adecuada coordinación como las TIC’s, y la suficiencia en la oferta de prestaciones son elementos que aparecen mucho más determinantes en el buen funcionamiento de la red.

Cabe sí señalar, que para los efectos de evaluaciones que realiza el MINSAL en cuanto al funcionamiento de la red, estas distinciones deben ser consideradas.

En cuanto a las garantías que los establecimientos no dependientes de un SS deben entregar a su población beneficiaria, este cumplimiento debe ser fiscalizado y garantizado por el Estado a través de las instancias correspondientes, al igual que para todos los otros establecimientos, sean públicos o privados.

b) Recursos Humanos⁹⁸: los impactos que la actual normativa tiene en la gestión de los EE:

Para este análisis, que complementa y detalla aspectos mencionados anteriormente, se ha tomado la opinión de los jefes de RRHH de cada EE en las áreas que a juicio de éstos son las más críticas. En Anexos N°2 se encuentra información adicional de la misma fuente.

CRSM:

Las principales ventajas apreciadas y aspectos destacados del modelo se refieren a la flexibilidad, la que se expresa concretamente en:

⁹⁵ Con excepción de algunos consultorios del SSM Central y Aysén

⁹⁶ MINSAL: Dpto. de Estadísticas e Información en Salud: Establecimientos de salud por SS

⁹⁷ Ver Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Sitio web MINSAL

⁹⁸ En cuanto a la normativa legal que rige la gestión de RRHH para los EE, los DFL que crean los EE incluye en su Título II las “Normas de Personal”; por su parte, el Sistema de Remuneraciones de los EE está definido en las Resoluciones N° 26 (CRSM – 05/04/2004), N° 21 (CRSCO – 19/03/2004) y N° 20 (HPH – 19/03/2004), con Toma de Razón por la Contraloría General de la República en Noviembre de ese año. Se incluyen en ésta los artículos transitorios necesarios hasta su funcionamiento en régimen.

Contratación de Servicios (vía ítem 22) a través de licitación pública, para actividades programables que se orientan principalmente a la resolución de patologías específicas que tienen listas de espera y donde se evidencia una brecha de oferta. Se realiza el pago por resultado y se definen exigencias para garantizar la calidad técnica y en el trato a usuarios de los servicios contratados. Ejemplo de ello es el programa de funcionamiento de Pabellones de lunes a domingo. Se considera un modelo muy ventajoso y replicable.

Compra de servicios profesionales: a través de contratos directos, especialmente para cubrir la demanda de especialidades médicas cuya contratación por otras vías se ve dificultada (principalmente por falencia de especialistas y por las bajas remuneraciones ofrecidas en comparación a otras instituciones). Se realizan operativos y programas especiales de resolución de patología específica tanto dentro como fuera del SSMC.

La compra de servicios no profesionales: utiliza el mismo mecanismo pero con remuneración fija y no asociado a producción (dado el tipo de función que cumple: auxiliar de pabellón, técnicos y administrativos para funciones permanentes). En este último caso, es un mecanismo al cual se debe recurrir aun cuando se considera inadecuado, dado que no hay cargos suficientes para los requerimientos del CRSM, considerando las nuevas líneas de trabajo que se han desarrollado en los últimos años y el aumento de la producción, sin que se haya modificado la dotación original; a juicio de los consultores, esta es una situación que requiere urgente revisión en pos de ajustar la dotación al nivel actual de actividad del CRSM. Los aspectos negativos se relacionan con un tema cultural, en cuanto a “ser un contratado o funcionario del establecimiento”; estos funcionarios resienten su condición.

Limitaciones de la normativa actual o situaciones que se considera debieran ser modificadas:

- La no inclusión del CRSM en el otorgamiento de cualquier beneficio o bonificación que se entrega a otros funcionarios públicos; es decir, no seguir siendo excluidos de ellos
- Poder tener la aprobación por parte del MINSAL del modelo de carrera funcionalia presentado.⁹⁹ Esta normativa rige para todo el sector público, sin embargo, los EE no

⁹⁹ Según información entregada por el Servicio Civil: "La Carrera Funcionaria es un concepto que está vinculado a una serie de etapas por las cuales un trabajador/a del sector público puede transitar, y que le permiten, en función de sus competencias, mérito e idoneidad, lograr posiciones de mayor jerarquía y responsabilidad en el desarrollo de la gestión de los servicios del Estado. La carrera funcionalia se inicia con el ingreso en calidad de titular a un cargo de planta, y se extiende hasta los cargos de jerarquía inmediatamente inferior a los de exclusiva confianza o de Alta Dirección Pública. Con la dictación de la Ley Nº 19.882 en el año 2003 el concepto de carrera funcionalia tuvo un profundo cambio, pues este cuerpo legal permitió sustantivas modificaciones que revisten el carácter de reforma, entre las que destaca:

- Ampliar la carrera funcionalia hasta Jefes de Departamentos y niveles de jefaturas jerárquicas equivalentes (III Nivel Jerárquico).
- Promoción por concursos internos: Directivos de Carrera, Profesionales, Fiscalizadores y Técnicos. Posibilidad de postulaciones a estos concursos hasta los tres grados inferiores a la vacante.
- Perfeccionamiento del sistema de concursos.
- Concursabilidad en la Carrera Funcionalia.

la tienen, pudiendo establecer una normativa propia en este ámbito, la cual según reglamento, debe ser aprobada por el MINSAL previo a su aplicación.

- Aumentar la dotación de horas para el CRSM, habida consideración del aumento de producción de este establecimiento y del desarrollo de nuevos productos y servicios asistenciales.

CRSCO:

Las ventajas del modelo:

- Conocer glosa y presupuesto en forma directa: se considera la principal ventaja de los EE en el ámbito de RRHH, junto con el siguiente punto:
- Definición de dotación en horas semanales
- Flexibilidad para la contratación de honorarios y compra de servicios
- Reglamento de remuneraciones más simple en términos de sus componentes, lo cual facilita tanto el manejo administrativo como la comprensión de los funcionarios.

En cuanto a las debilidades del modelo:

- Carrera funcional: según lo señalado por su Directora, para el caso de los funcionarios ley 18.834, el DFL establece sólo cargos a contrata y por tanto no aplica la carrera funcional, menos aún si éstos cargos deben ser provistos por concurso público. En el caso de la dotación ley 19.664, “no ha sido posible realizar la provisión de la planta prevista en el DFL para este estamento, porque según la Contraloría General de la República, el ingreso a los cargos titulares debe hacerse en la letra más baja y ello implica para los especialistas una disminución muy importante de sus remuneraciones actuales porque no se considera su antigüedad acumulada en el sector público”.
- La no inclusión de beneficios y bonificaciones que se han entregado a funcionarios públicos¹⁰⁰
- En el caso de los contratados, la diferencia en el otorgamiento de la renta variable “estímulo a la función” que tiene un límite de 10% en el CRSCO (según señala el Jefe de RRHH, el promedio de esta bonificación en la RM es de 30%)

¹⁰⁰ Ver punto siguiente 1.1.3 respecto del HPH, el cual es aplicable a los tres EE

HPH¹⁰¹:

Las reformas y modificaciones legales con las que se han beneficiado los RRHH del SNSS en los últimos años y que han modificado el régimen de remuneraciones del personal regido por la Escala Única de Sueldos y de los médicos¹⁰², contrasta con la normativa que rige al HPH, que no ha tenido variación desde el año 2004 y que no ha sido incluido en estos beneficios. La única excepción está dada por los incentivos al retiro de las leyes 19.664 y 18.834 aplicadas hasta el año 2010.

Este hecho ha generado diferencias en las remuneraciones que son apreciadas como negativas para el HPH, ya que han dejado de ser competitivos con respecto a los otros establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), generando una alta rotación y éxodo de personal hacia otros establecimientos, particularmente de médicos y otros profesionales.

Con respecto a las rentas fijas:

La ley 20.261 que rige desde el 2008 y que aplica a los profesionales médicos, incrementó en forma significativa las remuneraciones fijas para jornadas diurnas a través del “Reforzamiento Profesional”, pasando de un 18% a un 23% para quienes tienen menor antigüedad y se encuentran en la “Etapa de Destinación y Formación” (\$ 162.815 para jornada de 44 hrs. semanales) y de hasta un 92% para quienes se encuentran en la “Etapa de Planta Superior”, habitualmente con más de tres trienios y al cual se accede a través de acreditación de competencias mediante concurso del propio SS. En términos de montos, el incremento para este grupo es de \$ 651.261 para una jornada de 44 hrs. semanales).¹⁰³ En cuanto a los cargos de urgencia, esta ley incrementó en forma fija el monto de remuneraciones en \$ 128.043.

Para el HPH no aplica esta ley y por tanto, quedan excluidos los médicos en él contratados.

Con respecto a las rentas variables:

Para aquellas que no fueron modificadas por la ley 20.261, las diferencias se encuentran en las “Asignaciones de Estímulo” y “Asignaciones de Responsabilidad” que tienen las mismas definiciones para el HPH como para el resto de los establecimientos del SNSS. El siguiente cuadro muestra el efecto de la aplicación de las leyes respectivas en ambos sistemas:

Cuadro N° 23

¹⁰¹ Este acápite ha sido desarrollado a partir de la entrevista sostenida con la Jefa de RRHH del HPH, quien además ha aportado antecedentes complementarios a los cuales se hace referencia. Las exclusiones señaladas aplican a todos los EE.

¹⁰² Estas leyes son las N° 19.882, 19.937, 20.209, 20.261 y 20.270

¹⁰³ Este cálculo se realiza en forma proporcional a partir del sueldo base.

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 HPH
(Estandarizado para una jornada de 44 hrs. semanales)

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

Elaboración propia GSC

Esta situación es un tema crítico para las funciones asistenciales y por tanto para la producción de los Productos Estratégicos del HPH y representa la principal desventaja. A ello se suma el disponer de una dotación insuficiente para los niveles de desarrollo que ha alcanzado el HPH, ya que no ha sido modificada desde la promulgación del DFL que lo crea. A diferencia de los otros EE, el HPH cuenta con un modelo de carrera funcional para sus funcionarios, la que fuera en su momento aprobada por el MINSAL.

Las ventajas del modelo:

- La definición de la dotación a través de horas semanales¹⁰⁴
- El establecimiento de un modelo de Calificaciones propio, altamente participativo y valorado por los funcionarios
- Un modelo de Capacitación, que entre otros a través de convenios, permite un proceso de capacitación continua, con definiciones que se realizan en instancias participativas multi – estamentarias y con participación de los representantes gremiales.

1.1.2 Evaluación de la normativa de RRHH en los EE:

La facilidad y flexibilidad en la contratación de RRHH vía honorarios o compra de servicios es un tema que ha cobrado una relevancia mayor de la deseada, como consecuencia de haber mantenido una dotación fija en los EE, a pesar de los aumentos de producción y nuevos modelos de atención desarrollados. El mecanismo es adecuado y deseable ya que otorga flexibilidad y acomodación a la demanda cambiante de la población beneficiaria, siempre y cuando responda a necesidades puntuales, acotadas en el tiempo y que no se constituyen en funciones permanentes para el funcionamiento de ciertas áreas o unidades de los establecimientos de salud. Influyen muy claramente en esta realidad la pérdida de la

¹⁰⁴ Establece una diferencia respecto del sistema tradicional, en el cual se establecen cargos planta y contrata con jornadas predefinidas y fijas (la denominada “planta esquemática”).

competitividad en los sueldos ofrecidos por los EE, tal como se detalla previamente en este capítulo.

1.2 *Modelo de gestión*

Se describirá y evaluará las características del modelo de gestión que utiliza cada EE para desarrollar su gestión a través de entrevistas a los directivos de los EE y revisión de la documentación pertinente (en Anexo N°3 se encuentra resumen completo de las entrevistas a los directores de los EE). En ellas se ha consultado específicamente por este tema, se han sistematizado los comentarios que se considera son de alto valor, no sólo para el análisis de este aspecto en particular, sino por la visión que tienen respecto del desarrollo de la institución de la cual son los máximos responsables desde el inicio¹⁰⁵. Se ha resumido y editado el contenido para mejor comprensión del lector y las grabaciones de las entrevistas serán entregadas a la DIPRES.

1.2.1 *Caracterización del modelo de gestión*

El objetivo detrás de la creación de los EE consiste principalmente en flexibilizar la gestión y administración de estas instituciones de salud, “experimentando” con un marco legal diferente y con nuevas herramientas para lograr una mejor operación y una gestión más eficiente y eficaz.

Entre los aspectos que los tres EE tienen en común, con algunos matices, en cuanto a su modelo de gestión, los directores entrevistados destacan los siguientes:

- Un marco legal que les entrega fortalezas operacionales para ir dándole una orgánica y una articulación diferente a los EE
- El modelo está enfocado en tres ejes: fortalecer el trabajo con la comunidad; mayores niveles de participación de todos los trabajadores sin distinción de rango profesional; representar el depositario de las políticas nacionales del MINSAL, enfocando su labor a los objetivos sanitarios (fijados por el MINSAL para la década)
- Énfasis en un trabajo en red en la lógica de fortalecerla
- Cambios en la organización interna que facilitan la introducción de un nuevo modelo de gestión asistencial de acuerdo a las exigencias que se presentan
- Un liderazgo horizontal y participativo de los directivos superiores, orientado a la eficiencia, la calidad y la satisfacción del usuario y la creación de una organización con espacios de participación, siendo este aspecto último reconocido, como es de

¹⁰⁵ Revisión documental formulario N° 21 Se considera como uno de “Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto” No involucrar los gestores: “La inclusión temprana y continuada de los gestores garantiza que ésta responda a las preguntas necesarias para la toma de decisiones y contribuya a que las recomendaciones derivadas se implementen realmente. De igual manera, es importante que los resultados de la evaluación estén disponibles para los gestores en el tiempo previsto”.

esperar, principalmente por los funcionarios a contrata¹⁰⁶. Estos aspectos están además avalado por el estudio de diagnóstico comunicacional realizado.

- El eje transversal del modelo de gestión es la calidad; la evaluación y mejora continua de los procesos.

Entre los aspectos particulares de cada EE se puede destacar los siguientes:

CRSM

- Un nivel avanzado de desarrollo de la organización, con la introducción de modelos de negocio innovadores y la gestión de las unidades centrales (6 unidades clínicas básicas)
- Énfasis en la generación de espacios de participación de los usuarios internos y externos
- Incertidumbres respecto al futuro inmediato, dado el impacto de la construcción del nuevo Hospital de Maipú, que colinda con el CRSM y que debería estar terminada en el año 2013. El SSMC formó un equipo llamado “proyecto Hospital de Maipú” del cual el CRSM no participa

CRSCO:

- El eje de su enfoque es hacia la ambulatorización de todas las prácticas
- Énfasis en la formación de un equipo poli-funcional y multidisciplinario que trabaja coordinada y colaborativamente con un liderazgo horizontal y participativo, orientado a la eficiencia, la calidad y la satisfacción del usuario

HPH:

- Un establecimiento que tiene clientes (no pacientes) y que el cliente quiere y debe estar satisfecho; un modelo de gestión que está centrado en el usuario¹⁰⁷
- Se plantea la necesidad de un gobierno más participativo, considerando actualmente las ventajas de un modelo de “gobierno corporativo” (están actualmente en la fase de diseño hacia dicho modelo), en que se modifique la autoridad unipersonal y se

¹⁰⁶ Según muestran los resultados de la encuesta a usuarios internos que se presenta en esta evaluación.

¹⁰⁷ La connotación de “paciente” vs “cliente” se ha dado en el sector público en salud para señalar un cambio en la concepción tradicional del paciente como un individuo pasivo y sin reconocimiento de sus derechos, hacia un cliente que participa activamente en la interacción con el sistema sanitario y conoce tanto de sus deberes como derechos, siendo esta última la situación propiciada y deseada universalmente.

aumenten las instancias de auditoría interna (probidad, transparencia, etc.) y externa, es decir, se crea una estructura de control.

- Se considera fundamental el incremento de las competencias de los funcionarios a través de una intensificación y optimización de los mecanismos de capacitación, dado que no hay ascenso por antigüedad sino por niveles de capacitación, competencias y habilidades.

1.2.2 Cooperación interna y externa

La necesidad de establecer mecanismos de participación ciudadana y control social¹⁰⁸ y lograr una mejor cooperación interna y externa ya están establecidos en el marco legal de los EE, a través de una instancia colegiada denominada “Consejo Consultivo”. La cooperación externa se pretende promover a través de facilidades para establecer convenios y alianzas con otro tipo de instituciones privadas, como los convenios docente asistenciales con universidades y prestadores privados, son considerados muy beneficiosos para ambas partes

Aspectos como fomentar el diálogo entre las personas y la organización, la motivación, bienestar y satisfacción del usuario interno y la captación de recursos externos, son todos elementos que forman también parte de los modelos internacionales, para lograr la calidad total y la mejora continua.¹⁰⁹

En los tres EE frente a preguntas en torno a este tema se observa una gran coincidencia en la opinión de los directores entrevistados.

A nivel de la cooperación interna, todos consideran fundamental mantener una conversación permanente de los directivos, independiente de su nivel, con todos sus funcionarios como asimismo dar una debida consideración para los temas relevantes a los gremios, a través de mesas de conversación y negociación permanente. En el HPH, su director considera esencial la cooperación con el equipo de asesores para la parte jurídica, RRHH, Gerente de Calidad, Epidemiología y con los gremios.

Para la cooperación externa todos destacan su estrecha colaboración con la comunidad y con las autoridades municipales. Las relaciones con el MINSAL y FONANSA son catalogadas como buenas; el HPH menciona además su cercanía con el subsecretario de redes mientras que el CRSCO quisiera una actitud más proactiva de ambas instancias.

Los Consejos Consultivos que están incluidos en los DFL como mecanismos de participación ciudadana, representan un vínculo fuerte con la comunidad y con otros grupos vecinales y constituyen parte de los objetivos estratégicos de los tres EE.

¹⁰⁸ La participación ciudadana se refiere a la relación activa entre los ciudadanos y el Estado, encaminada al ejercicio o ampliación de sus derechos, cuyo componente básico está constituido por la comunicación entre ambos, a través de la circulación de información, y el establecimiento de mecanismos de escucha o consulta. Se concreta a través de instrumentos o mecanismos que permiten que personas organizadas y no organizadas ejerzan sus derechos de acceso a la información, participación en la gestión pública, asociacionismo y no discriminación. (Fuente: DIPRES Informe Final Nota Técnica articles-2196_doc_1).

¹⁰⁹ Revisión documental formulario N° 34 Respecto de la Comparación de los modelos de calidad.

En cuanto a su relación con los respectivos SS hay opiniones algo diferenciadas entre los EE. Mientras que el CRSCO considera ‘buenas’ sus relaciones con el SSMO, el director del CRSN habla de una relación “históricamente poco fluida” con el SSMC. Como un ejemplo menciona que el SS formó un equipo “Proyecto Hospital de Maipú” donde ellos (el CRSN) no fueron invitados a participar. La relación entre el HPH con el SSMSO, se ve afectada por algo que podríamos interpretar como una tensión entre el concepto de autonomía que establece el DFL para los EE por un lado, y su participación en la red asistencial por el otro en la cual los directores de los SS son también los gestores de la red.¹¹⁰

Aunque los tres EE coinciden que antes de la Evaluación Comprehensiva del Gasto (ECG) no existía mayor relación con el Ministerio de Hacienda y la DIPRES, todos ven el actual interés mostrado por la DIPRES como muy positivo para entablar una comunicación más activa y el director del CRSN ve la evaluación que se está realizando como una oportunidad para mostrar los avances logrados.

En el CRSCO destacan la estrecha cooperación en diferentes áreas con el Hospital Luis Tisné como: servicios de imagenología y laboratorio, sistema de archivos y fichas clínicas, venta de horas médicas de especialistas del hospital al CRSCO reconociendo al Hospital vecino como su principal colaborador.

Un aspecto importante y que cumple ampliamente con lo establecido en los DFL son las estrechas relaciones que mantienen los EE con universidades y centros de capacitación técnico profesional; en el caso del HPH existe una alianza estratégica con la UDD y Clínica Alemana desde el 2001 que incluye el apoyo en procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En todos ellos esta relación ha permitido la formación continua de su personal en diferentes áreas, según se detalla al analizar RRHH.

1.2.3 Los procesos de Planificación Estratégica

En los tres EE, se observa que, por lo menos en los inicios, la planificación estratégica no tuvo un apoyo del personal suficiente y el soporte institucional adecuado que hubiera permitido convertir este proceso en un instrumento importante de gestión, de modo que la gestión se concentre en lo esencial.

En un artículo que resume las experiencias internacionales relativas a los enfoques estratégicos se resalta que para un uso eficiente de los recursos en salud se requiere una planificación basada en criterios explícitos y procedimientos sistemáticos que permitan identificar necesidades y áreas de acción prioritarias para poder entonces seleccionar intervenciones según su eficacia y efectividad y según su costo.¹¹¹

El enfoque estratégico es reconocido como uno de los factores críticos de éxito y debe sustituir al enfoque administrativo o gerencial y el proceso para establecer prioridades tiene

¹¹⁰ Ver capítulo 3, punto 1.1:“Análisis del Marco Legal que rige los EE”

¹¹¹ Revisión documental formulario N° 23

que ser fruto de la participación y el consenso entre políticos, gestores, profesionales y ciudadanos.

1.2.4 Procesos de aprendizaje e innovación en la implementación del modelo experimental

Es importante considerar el Sistema de Salud como un sistema complejo y adaptativo, ya que esta visión tiene implicancias importantes en los enfoques para influenciarlos en miras a producir mejores resultados, o lograrlos de manera más eficiente y equitativa. Precisamente por el carácter de experimental de los EE, el tema de la gestión del aprendizaje e innovación para fomentar la capacidad de adaptación de la institución a las nuevas condiciones que le impone el marco legal que los crea, nos parece particularmente relevante. Cabe señalar que el diseño de dicho marco estuvo avalado por la literatura internacional como se muestra en el presente estudio y el modelo, aunque no explicitado en su momento, recogía dicha experiencia; sin embargo, para el entorno chileno, fue una experiencia nueva, que exigió a sus directivos, un aprendizaje e innovación en la gestión de establecimientos de salud.

La condición necesaria e imprescindible para lograr cualquier cambio sostenible, es disponer de una arquitectura coherente de desarrollo de capacidades que ponga en evidencia quién tiene que aprender qué cosa y en qué nivel. El aprendizaje y la innovación van de la mano con una gestión eficiente del conocimiento. El gestionar conocimientos significa procesar y aprovechar los ya existentes, poner a disposición nuevas experiencias transformadas en conocimientos, e institucionalizar instrumentos y procesos para tales fines.

En tal sentido, los EE, según se detalla en el punto 1.3, diseñaron una estructura organizacional para cada EE que fue en su momento una innovación ya que era diferente a la que establecía la normativa vigente a través del DFL 2.763. Estos diseños han ido adaptándose a los requerimientos que impone la gestión de un establecimiento que asume además las funciones que en el esquema clásico de organización del SNSS, cumple el Servicio de Salud.

Por su parte, cada EE desde el inicio de sus funciones, incorpora la innovación también en modelos asistenciales, muchos de los cuales se describen en detalle a lo largo de este informe; a continuación se enumeran algunos de éstos, que se califican de innovadores ya que al momento de ser implementados, cambiaron la forma habitual de hacer las cosas, entregando además un valor agregado:

- Servicios de urgencia comunal como parte de la red de urgencia (HPH)
- Hospitalización de corta estada en nivel secundario (CRSM)
- Modelo de cooperación entre el CRSCO y el H. L. Tisné
- Coordinación del control de la cirugía mayor ambulatoria a través del Call Center del MINSA (Salud Responde) en el CRSM

- Convenios docente asistenciales que incorporan la capacitación de los funcionarios y participación de entidades privadas en la renovación de infraestructura y equipamiento en el caso de los tres EE
- Venta de prestaciones integrales de salud a otros SS o municipalidades (CRSM)
- Desarrollo propio de sistema de digitalización de imágenes (HPH)

En este contexto de cambios e innovación en el modelo de gestión, aparece como relevante analizar cuál ha sido la receptividad y/o resistencias que este modelo ha concitado a través del tiempo por parte de las personas que conforman las instituciones en evaluación. Considerando las características de la cultura organizacional de las instituciones públicas en general y de salud en especial, el rol que juegan los gremios y la creciente participación de otros actores de la comunidad, existe un gran desafío en cuanto a cómo gestionar estos procesos de cambio para superar las resistencias y lograr los objetivos planteados.

En los EE reconocen que hay elementos más ‘conservadores’ dentro del personal que dificulta la introducción de cambios. Concuerdan que la resistencia al cambio proviene principalmente por parte de los médicos; si tuvieron dificultades con el gremio médico en el CRSCO y el director del HPH reconoce que actualmente el conflicto mayor dentro del hospital lo tiene con los médicos. Sin embargo consideran que viene una generación nueva de médicos, que tiene una postura diferente, que no se suman a las posturas tradicionales conservadores, teniendo una actitud más abierta frente a nuevas propuestas, de hacer las cosas diferentes (CRSM).

Con los gremios han creado una instancia colaborativa para mejorar las condiciones laborales, por lo que en general no han tenido mayores conflictos. Sin embargo el director del HPH relata que hubo aprensiones de los gremios, como la FENATS¹¹², la CONFENATS¹¹³, el Colegio Médico, ya que veían que se estaba creando un sistema distinto de remuneraciones, que escapaba a su poder de negociación.

Desde el punto de vista político, también hubo resistencia en algunos círculos para la implementación de un nuevo modelo, porque se sospechó que se estaba privatizando el HPH.

1.2.5 Evaluación del modelo de gestión de los EE

De los antecedentes presentados, lo que observamos es que hay una serie de “postulados”, intenciones y objetivos incluidos en la formulación de los tres DFL que en cada uno de los EE ha dado lugar a la creación de un “modelo” de gestión propio que no necesariamente tiene apoyo en una elaboración sistemática conceptual y documentada por parte de sus creadores a nivel del MINSAL que caracterice y describa “el modelo experimental”.

Lo que constatamos es una adaptación más bien pragmática de la gestión, a los desafíos que se les plantean para el cumplimiento de lo estipulado en sus respectivos DFL y en

¹¹² Federación Nacional de Trabajadores de la Salud

¹¹³ Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud.

concordancia con las necesidades de la población beneficiaria en su ámbito de acción. Esto referido a las definiciones estratégicas que tanto la Autoridad Sanitaria como los propios EE han establecido.

Aunque no se hace una referencia explícita a los modelos internacionales de gestión de calidad total, tanto en los DFL como en lo expuesto por los directores en relación al tema del modelo de gestión y que se refleja en su estructura organizacional, se hace una clara referencia al tema de la calidad y a los procesos de mejora continua. Es el caso del CRCO que considera la calidad como “el eje transversal del modelo de gestión”. El director del HPH se refiere a la evaluación continua de los procesos, como herramienta de la metodología de mejoría continua, como la “segunda idea fuerza del modelo de gestión”.

La literatura internacional principalmente anglo-sajona sobre la calidad de la atención médica, muestra que una atención de calidad es ciertamente una inversión pero también puede generar economías a mediano plazo, inscribiéndose así en un contexto de búsqueda de eficiencia; la falla de calidad puede tener costos. Un ejemplo de ello son los programas de Control de Infecciones Intrahospitalarias, donde la inversión realizada reporta muy significativos beneficios no solo para los pacientes sino también para la institución.

Entre los modelos internacionales más aplicados en cuanto al tema de la calidad, está el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM), el Modelo Iberoamericano para la Excelencia, Modelo Malcolm Baldrige y el Modelo Gerencial Deming¹¹⁴. Estos modelos tienen diferencias en cuanto a la aplicación de ciertas variables definitorias como Misión, Enfoque, Esquemas Estructurales, entre otras, pero todos apuntan a la implantación de un sistema de calidad total al cual se hace referencia en la formulación del modelo de gestión de los EE. Para lograr resultados excelentes con respecto al rendimiento, clientes, personal y sociedad y para promover una mejora continua de procesos, productos y servicios, estos modelos apuntan a temas como liderazgo con un estilo de dirección y procesos adecuados, personal capacitado y motivado, una orientación política para dar la dirección y una estrategia que permite combinar los diferentes factores para obtener los resultados deseados. La creación de un sistema organizativo que fomente la cooperación interna como externa así como un aprendizaje que facilite la implementación de prácticas de gestión de procesos, aspectos en que el Modelo Gerencial Deming pone su énfasis, como también temas como la satisfacción del trabajador, aspecto fundamental para lograr la satisfacción del cliente y para la supervivencia de la organización, son otros puntos destacados.

Esta referencia se hace por cuanto el modelo de gestión diseñado y aplicado por los tres EE recoge estos principios que tienen un reconocimiento internacional indiscutido.

Más aún, cabe dejar constancia que ninguno de estos modelos fue desarrollado para su aplicación en el sector público y menos para el sector salud. Los primeros tres modelos están enfocados hacia la dirección de la calidad por parte de los empresarios mientras que el

¹¹⁴ Ver Formulario Revisión Documental N°34

Modelo Deming tiene un perfil más técnico y es administrado y estructurado por ingenieros japoneses. Sin embargo, los principios básicos y los criterios de estos modelos son de mucha relevancia y han sido adoptados e incorporados en las políticas de modernización del Estado. Claramente aportan al diseño de un modelo de gestión en los EE y a una evaluación de su pertinencia.

Además este enfoque y sus componentes principales están avalados por experiencias en otros países. En Brasil por ejemplo¹¹⁵, en el contexto de la implementación de un nuevo modelo de gestión hospitalaria pública se destaca como aspectos claves para una gestión eficaz los siguientes:

- Misión, visión de futuro y focos estratégicos bien definidos
- Estructura organizacional compatible con los procesos de trabajo
- Recursos humanos sintonizados con los principios de calidad
- Indicadores de evaluación de desempeño y de calidad en la prestación de los servicios registrados sistemáticamente

Otra experiencia con enfoques similares encontramos en Francia en el marco de una “Reforma de la Gobernancia Hospitalaria - El proyecto “Hospital 2007”¹¹⁶ que reforma la administración de los establecimientos de salud con nuevas atribuciones en áreas como: cuestiones estratégicas, el proyecto del establecimiento y los programas de inversión, el personal, la política de mejora continua de la calidad y la seguridad de los cuidados, la definición de la política contractual interna, la evaluación, control y auditorias del establecimiento y de las actividades y nuevas atribuciones al director del establecimiento. En la misma línea también va un estudio de la OPS/OMS que usa estos elementos para evaluar y fortalecer las “Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe”¹¹⁷.

1.3 Análisis y evaluación de la estructura organizacional¹¹⁸

El artículo N° 8 de los DFL que crea los EE establece que: “...le corresponderá al jefe superior determinar la estructura y organización interna así como las funciones y atribuciones específicas de sus dependencias y jefaturas.”

Cada EE ha diseñado una estructura organizacional diferente, con distintos grados de innovación respecto del esquema que establece el DFL N° 2.763. Se presenta a continuación las características y evaluación de cada estructura organizacional:

¹¹⁵ Ver Formulario Revisión Documental N°29

¹¹⁶ Ver Formulario Revisión Documental N°28

¹¹⁷ Ver Formulario Revisión Documental N°14

¹¹⁸ Revisión documental formulario N° 37 sobre “Las 5 Funciones de la gestión a ser Evaluadas”. HAS (Alta Autoridad Sanitaria) Francia. Enfatiza la importancia de esta área de evaluación.

CRSM:

La fuente de información se basa en las dos Resoluciones Exentas que fijan la estructura organizacional en el período en estudio: N° 410 del 2007 y N° 2144 del 2009 y el resultado de las entrevistas. A continuación se presentan las principales características del modelo y su evaluación (Ver Anexo N°4):

Hay tres Subdirecciones: Administrativa (SDA), Médica (SDM) y de Gestión y Planificación, a las cuales se agregan los Comités y Unidades Asesoras. A continuación se presentan aquellos elementos destacados, sea porque no son habituales en las estructuras de establecimientos tradicionales o porque marcan el énfasis del modelo de gestión y su relación con los Objetivos y Productos Estratégicos:

- Existe el “Comité de Buenas Prácticas Laborales”, relacionado con clima laboral, al cual se agrega en el 2009 la “Unidad de Calidad de Vida” dependiente del Dpto. de RRHH, recogiendo el énfasis de objetivo estratégico que se le otorga a este ámbito de la gestión.
- En el área clínica, las Unidades dependientes de la SDM se modifican en la medida que se agregan nuevas líneas de trabajo, como es el caso de la Hospitalización de Corta Estada en el 2009, lo cual es consistente con la generación de los PE.
- El tema calidad se recoge en diferentes instancias a partir del 2009: “Comité de Calidad y Seguridad del Paciente”, la “Unidad Asesora Gestión de Calidad”, la “Gestión del Cuidado”¹¹⁹ dependiente de la SDM (que sin ser un área de calidad clásico, se incluye en este acápite por el impacto que tiene en la calidad de la atención del paciente); el “Dpto. de Gestión de Calidad” dependientes de la Subdirección de Gestión y Planificación deja de existir ese año. Esta es un área crítica, ya que vincula todos los PE al tema calidad, que es parte de sus OE.
- La “Unidad de Farmacia” se modifica en el 2009 para constituirse en la “Unidad de Farmacia y Terapéutica Asistencial”, con lo cual sus funciones toman un fuerte énfasis en el diseño de buenas prácticas en el uso de medicamentos y esquemas terapéuticos, lo cual incide en la calidad técnica asistencial y en el buen uso de los recursos financieros.
- La relación con la comunidad que está recogida como OE, se plasma en la Unidad Asesora “Comunidad” creada el 2009, que reemplaza el Depto. de Comunidad y Género. Su objetivo central es lograr la participación de la comunidad, tanto a través del Consejo Consultivo como Intercomunal de Salud y otras instancias de la comunidad organizada.

¹¹⁹ Se refiere a la función desempeñada por Enfermería, que tomando básicamente el modelo de gestión por procesos, estructura la forma de atención de los pacientes; es un modelo innovador en la gestión asistencial en Chile y altamente valorado y validado por la literatura internacional.

La estructura organizacional se considera adecuada, ya que por un lado cubre las áreas requeridas en la generación de los PE y hace énfasis en temas relevantes de la gestión asistencial como se especifica previamente, recogiendo los OE institucionales; y por otro, es dinámica y responde a las nuevas exigencias que le plantea la gestión institucional.

La distribución de funciones está claramente definida en los cuerpos legales y se considera que no hay ausencias en este ámbito. Destaca la flexibilidad y adaptación del CRS para enfrentar los nuevos desafíos, lo que se verifica también en la estructura organizacional.

Las entrevistas realizadas en diferentes áreas muestran que los cargos están adecuadamente cubiertos en cuanto a experiencia y calificación profesional. Están normados los mecanismos de coordinación entre las principales unidades y niveles, así como las instancias en las cuales se definen y coordinan acciones, que son principalmente las unidades y comités que asesoran al Director. Destaca un importante empoderamiento de los mandos intermedios en este CRS.

Sin embargo, se considera que hay ciertas áreas cuyo trabajo podría ser optimizado, si se incorporara más personal profesional especializado. (Ver más adelante en el área de Control de Gestión y Sistemas de Información).

CRSCO:

La estructura organizacional¹²⁰ es evaluada como innovadora, según se explicita más adelante, y adecuada a las necesidades de la organización, la que se centra en la atención ambulatoria de especialidades; el organigrama se presenta en Anexo N°5.

De este destacan:

- La dependencia directa de la Directora de dos instancias que son parte de los OE institucionales: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente y OIRS y Participación Social, lo cual indica la relevancia que para ese modelo de gestión tienen ambos aspectos.
- Se definen tres Subdirecciones: de Administración y Finanzas con las respectivas dependencias propias de esa área. Todas las áreas o unidades asistenciales así como las unidades de apoyo del área clínica (Laboratorio e Imagenología) tienen dos Subdirecciones que velan por su adecuado funcionamiento: la Subdirección Médica en su rol programático, normativo y de gestión de salud; y por otro lado, la Subdirección Clínica, que es responsable de la gestión de todos los recursos y procesos que permiten el adecuado funcionamiento de éstas, entre las cuales está enfermería, calidad, insumos y demás recursos. Esta Subdirección, que representa un modelo innovador de organización ya que no está presente en las estructuras definidas en el DFL N° 2.763 que rige al SNSS, asume un rol importante con el RRHH de la institución, en el apoyo administrativo a las áreas clínicas y la visión de los

¹²⁰ Resolución Exenta N° 126 del 2002 CRSCO

consultores respecto de esta unidad es positiva, toda vez que cumple un rol muy necesario de nexo entre las áreas administrativas y clínico asistenciales.

- Las unidades clínica a su vez tienen una Coordinación Técnica y otra Administrativa, responsables del funcionamiento a nivel local y quienes interactúan con las Subdirecciones.
- Se mantiene la estructura de Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME) que es una estructura que en muchos establecimientos ha sido reemplazada por otras más funcionales a las necesidades actuales.

Se establecen con claridad las funciones y responsabilidades en diferentes unidades, siendo éste un modelo innovador en el nivel de las Subdirecciones. Todos los OE y PE tienen una representación dentro de esta estructura y la coordinación se realiza principalmente liderada por las Subdirecciones y la Dirección, quienes son visualizadas como agentes claves en la organización, evidenciándose variadas instancias de participación y toma de decisiones en cuanto a la gestión del CRS.

A juicio de los entrevistados y documentación analizada, los cargos están adecuadamente suplidos en términos de competencias y nivel profesional. En cuanto a su suficiencia, como se señala más adelante, se considera pertinente incorporar un área específica de Control de Gestión.

HPH

La estructura actual (Ver Organigrama en Anexo N°6), según los antecedentes aportados, rige desde el año 2002¹²¹. Por tratarse de un establecimiento de atención cerrada y abierta, la estructura es más compleja que para un CRS. Sus principales características son:

- Las áreas de directa dependencia del Director son similares a las encontradas en la mayor parte de los hospitales, agregándose el Gerente General, de quien a su vez depende el Dpto. de Informática, debido a su carácter estratégico en cuanto a la gestión del establecimiento y los desarrollos que en este ámbito ha generado el HPH desde sus inicios¹²².
- Este Gerente General es de directa dependencia del Director y del cual dependen las demás áreas organizacionales: Gerencias, Unidades de Gestión Clínica y Unidades de Apoyo Clínico. Esta distribución y nominación es particular e innovadora, especialmente en el diseño de las Unidades de Gestión Clínica: estas se estructuran en 3 unidades las que responden a tres de los PE del EE: Unidad del Niño, Unidad del Adulto, Unidad de la Mujer - del Recién Nacido. Cada Unidad se hace cargo de todo el ciclo de atención de sus pacientes y en cualquiera de las modalidades (Urgencia, Ambulatoria, Hospitalización Básica, Intermedio y Crítica). De esta forma, la tuición

¹²¹ Resolución Exenta N° 716 del 2002 HPH

¹²² Por ejemplo, el sistema de digitalización de imágenes.

técnica, distribución de recursos, continuidad de la atención y coordinación en las áreas asistenciales están muy bien resguardadas en esta modalidad.

- El cuarto PE está recogido en la Unidad de Apoyo Clínico que contiene las áreas que tradicionalmente son definidas como tales¹²³, además del CRS, que habitualmente se asume como una dependencia de la dirección o subdirección médica.
- En el ámbito de las Gerencias destaca aquella de Calidad, que incluye los ámbitos de calidad técnica epidemiología y de satisfacción usuaria; la de Planificación y Gestión que concentra el área de Estadísticas y Control de Gestión.

Se evalúa este modelo como innovador por las razones antes señaladas¹²⁴ y adecuado a los PE y OE definidos por la institución; aparecen las diferentes áreas bien delimitadas en sus funciones; sin embargo, llama la atención la no existencia en la estructura organizacional el cargo para atender los temas de relación con la comunidad. Por las entrevistas realizadas, esta función es asumida por “Comunicaciones y Relaciones Públicas”.

La apreciación de los entrevistados y antecedentes revisados permiten concluir que el nivel de competencias y habilidades para el ejercicio de las funciones está adecuadamente resguardado a través de los mecanismos de selección que se realizan, ya que toda persona tiene un período de un mes de prueba, como parte del proceso de inducción, antes que sea contratada.

¹²³ Corresponden a aquellas unidades de apoyo al diagnóstico o al tratamiento de pacientes: laboratorio, imagenología, banco de sangre, anatomía patológica, pabellones. (DFL 2.763)

¹²⁴ El punto de referencia para calificar la innovación en este ámbito está dado, tal como se señala al iniciar el análisis de este tema, por las definiciones que entrega la normativa vigente para el SNSS. (DFL 2.763)

2 Diagnóstico en Comunicación Organizacional de los EE:

En la metodología de esta evaluación, el equipo de consultores incorporó algunos elementos no solicitados en las Bases de Licitación¹²⁵ entre los cuales están el Diagnóstico Comunicacional, como una forma de describir, objetivar y evaluar elementos de la cultura organizacional y la forma en la cual se relacionan los integrantes de cada EE, dada la relevancia que este aspecto tiene en los resultados obtenidos¹²⁶.

La hipótesis que sustenta esta propuesta es que la condición de ser EE y la forma en la cual se ha liderado esta experiencia, ha marcado una cultura organizacional particular, caracterizada por su cohesión, vocación de servicio y sentido de pertenencia, así como por generar espacios participativos que son apreciados y reconocidos como un valor y donde el centro del quehacer está en el paciente.

2.1 Aplicación del instrumento metodológico:

Existe en los tres EE colaboración tanto por la concurrencia como por el estilo de comunicación abierto a la interlocución, fortalezas que complementan los resultados del instrumento. Este está conformado por un ordenamiento de información emitida por los entrevistados, correspondientes a niveles de Dirección (D), Mandos Intermedios (M.I.) y Personal de Base (P.B.). La aplicación consta de entrevistas individuales y grupales sobre un total de 51 entrevistados: 6 de los equipos de Dirección, 26 M.I. y 19 de P.B. Pertenecen aleatoriamente a áreas asistenciales y administrativas de los tres EE. Se considera en esta suma a los entrevistados que permanecieron durante la aplicación completa del instrumento metodológico y dieron respuesta a la totalidad de las preguntas.

El análisis cuantitativo se ha elaborado a partir de la sumatoria de respuestas cerradas para confirmar la extensión de las muestras sobre el total de 51 entrevistados.

El análisis cualitativo se ha construido a partir de una conceptualización de la experiencia relatada por el entrevistado, en tres funciones que el autor Karl Bühler¹²⁷ describe como: Función Representativa, Expresiva y Conativa. Las emisiones de los entrevistados son transcritas y expuesta en entrecorbillados o bien dispuesta en glosas concluyentes, para constituir el análisis del discurso que nos entrega una visión en profundidad de las tendencias culturales de los EE.

¹²⁵ Se refiere a: Diagnóstico Comunicacional, Encuesta Usuarios internos y Usuarios externos y documentación audiovisual de los EE.

¹²⁶ Revisión documental formulario Nº 34 Comparación de los Modelos de Calidad en referencia a la importancia del factor comunicacional.

¹²⁷ Bühler, Karl. Teoría de la Expresión. Alianza. Madrid. 1980.

2.2 Análisis

2.2.1 Análisis de funciones del lenguaje de Karl Bühler:

La aplicación de las láminas “Montaña”, “Lago”, “Cielo”, “Sol” u “otro”, es una idea a elección del entrevistado; aportan entrecomillados que han sido ordenadas de acuerdo a lo que el autor Karl Bühler denomina: funciones Representativa, Expresiva y Conativa. De las 51 entrevistas se toma cuantitativamente la totalidad de las elecciones de las láminas para el resultado cuantitativo. Para los resultados cualitativos se seleccionó un total de 28 entrecomillados, a partir de los que se construyó el análisis, donde los entrevistados describieron contenidos que se relacionan directamente con su trabajo, constituyendo un aporte para la compresión del comportamiento grupal.¹²⁸ La totalidad de imágenes utilizadas se encuentran disponibles en el Anexo 7.1.

Función Representativa¹²⁹:

Cuadro N° 24
Número de elecciones por cada lámina *

Lámina:	Montaña	Lago	Cielo	Sol	Otro	Total	Imagen representada
Veces elegida	30	7	6	6	2	51	 "MONTAÑA"

* Muestra en total el grupo de 51 entrevistados. El cuadro completo por nivel organizacional y por establecimiento se encuentra en Anexo 7.2

Lámina Montaña: refiere como contenido central la “alta carga de trabajo asignada a pocas jefaturas disponibles” y la presión del tiempo que esta situación genera. Subir la pendiente representa el desafío, la vocación de servicio y el sentido por la salud pública. También representa los obstáculos generados por la falta de financiamiento, sumando complejidad al logro de los objetivos: necesidad de contar con mayor número de personal, insumos y realización de nuevos proyectos.

1. “Es desafiante, tiene un sentido de misión, de escalada para llegar a la cima”. (D)
2. “Necesitamos hacerlo en equipo, cada persona tiene un rol que cumplir, para que no nos quedemos en el camino”(M.I.)

¹²⁸ Los 23 comentarios descartados son omisibles debido a que repiten información o bien corresponden a contenidos que se alejan del objetivo central de describir la cultura organizacional.

¹²⁹ Función Representativa: selección de información que los entrevistados emiten durante la entrevista se estructura en entrecomillados y representa la percepción grupo, por medio de una imagen.

3. "Hay que subir, escalar, ir arriba, es un lindo ejercicio pero además duro" (M.I.)
- 4."Falta integrar personas al equipo pero al parecer no hay plata, el exceso de carga hace las comunicaciones más frías" (P.B.)

Láminas Cielo, Lago, Sol, otro: Los entrecerrados señalan argumentos complementarios a los contenidos anteriormente señalados. (Ver Anexo N° 7.3)

B. Función Expresiva:¹³⁰ "Una Montaña, pero una Montaña Rusa por la adrenalina del dinamismo y los desafíos"(M.I.) (Ver anexo N° 7.4)

C. Función Conativa:¹³¹ El grupo entrevistado es activo y colaborador en la entrega de información, toman la palabra sin dificultad, tanto en el formato individual como grupal. Asiste en los tres EE un número superior al requerimiento inicial de 12 entrevistados. Existe en el comportamiento, actitudes de respeto por la diversidad en las opiniones, libertad en la expresión y amplitud en la explicación de causas, sus perspectivas y proyección de posibles soluciones. Estas actitudes son: postura dispuesta hacia la instancia, mirada centrada en la situación, continuidad en el tono y la expresión de la voz, disposición espontánea a complementar los comentarios que escuchan.

2.2.2 Recomiendan el EE en el cual trabajan

Un 88,2% de los entrevistados correspondientes a los tres niveles organizacionales de los EE recomienda el EE como lugar de trabajo. Dentro del recuento lo recomiendan: el 100% de los entrevistados de los equipos de D. y el 96% de los entrevistados de los equipos de M. I.

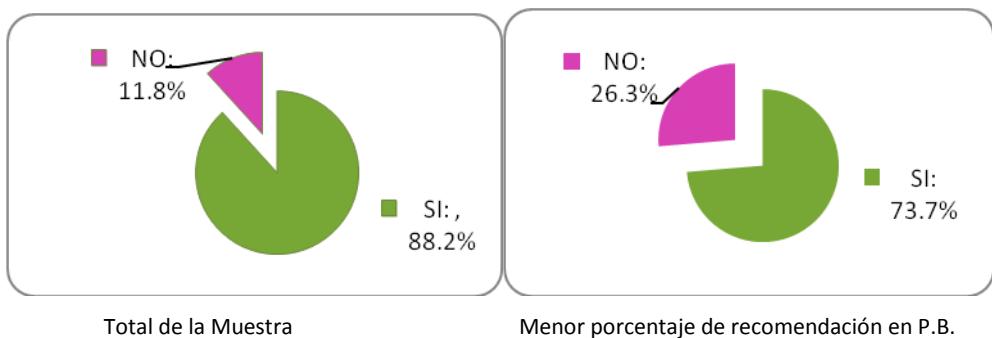
En P.B. se encuentra el menor índice de recomendación, un 73,7% lo recomienda; mientras que un 26,3% no lo hace debido a las siguientes debilidades percibidas:

- "El contrato es a honorarios o a plazo fijo, pero no indefinido"
- "El desarrollo económico tiene un techo"
- "El sueldo"
- "Falta mayor coordinación asistencial-administrativa"
- "Recarga de trabajo"
- "Falta evaluar, saber y decir si lo estás haciendo bien o mal"

¹³⁰ *Función Expresiva*: selección de información que los entrevistados emiten durante la entrevista, se estructura en entrecerrados que expresan emociones recurrentes en el grupo.

¹³¹ *Función Conativa*: glosa que describe gestos, comportamientos y observaciones no verbales que acompañan las emisiones expuestas por los entrevistados durante la entrevista.

Gráfico N° 2
Respuestas a “Recomienda el EE para trabajar”



El gráfico de la izquierda, muestra la consulta en el recuento sobre 51 entrevistados, correspondientes a los niveles de D., M.I. y P.B., en los tres EE, estudiados.

El gráfico de la derecha, muestra la consulta en el sector de P.B., con un total de 19 entrevistados en los tres EE.

Ver detalle de recuento, comentarios emitidos y fortalezas y debilidades en Anexo N°7.5

2.2.3 Flujos de comunicación entre niveles organizacionales

El análisis de flujos de comunicación en los EE es una comparación que permite conocer el estado de la comunicación descendente desde la D. pasando por los niveles M.I. y P.B. de la organización. Así mismo la retroalimentación o el retorno de comunicación ascendente. En el caso de los EE se incluye en el análisis, la comunicación entre las áreas administrativas y asistenciales.

Dado que la consulta aplica la modalidad de auto evaluación y además la evaluación de otros niveles, los resultados permiten hacer un reconocimiento de las comunicaciones “horizontales” o entre miembros de un mismo nivel; y “verticales” o entre miembros de distintos niveles organizacionales. Los resultados fueron obtenidos a partir de un ítem de 13 preguntas cerradas en que los entrevistados señalan Si o No a cada consulta.

Al término del ítem, los entrevistados comentaron temas de su interés. El análisis cualitativo de los comentarios permite comprender el origen del ruido en la entrega del mensaje, haciendo posible verificar las 3 “improbabilidades” que el autor N. Luhmann¹³² describe para comprender la efectividad en las comunicaciones humanas: es improbable que el público “reciba”, “entienda” y “acepte” el mensaje. A partir de este complemento, es posible obtener:

¹³² Citado en: Rodríguez, Darío. Gestión Organizacional. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2001.

- Una revisión del estado actual de la comunicación interpersonal en los EE, para la producción de modelos de gestión, organización interna y cartera de servicios.
- Evaluación y Diagnóstico de la gestión de los actores internos de los EE, a partir de cuyos resultados es posible orientar mejoras en la calidad de atención usuario y productos para los actores externos de los EE.

Resultados de la aplicación (Ver detalles en Anexo N° 7.6):

El recuento arroja índices de aprobación entre un 69% y un 94% para los flujos de comunicación entre los diferentes niveles organizacionales de los EE.

A partir de los índices de reprobación y de los argumentos declarados por los entrevistados, se ha construido el análisis de posibles mejoras para la comunicación organizacional de los establecimientos, cuyos resultados se encuentran en Anexo N° 7.8 y Anexo N° 7.9.

2.2.4 *Habilidades comunicacionales en los EE. Resumen de observaciones:*

La práctica del modelo "Experimental", ha generado una cultura interna facilitadora de instancias formales e informales de comunicación interpersonal. Esta característica proviene del contacto que establece el personal asistencial nuevo al entrar en contacto con la capacitación interna, formación y transmisión de experiencia que recibe desde los funcionarios antiguos. La cultura actual de los EE es altamente participativa y cuenta con las siguientes características específicas:

- 1- Los entrevistados hablan de su propio aporte a la comunicación organizacional: "La comunicación podría ser mejor, falta cercanía, reuniones que permitan dialogar y acordar algunas problemáticas específicas de organización" (M.I.) (Anexo N° 7.7 - N°1.1- 1.2- 1.3)
- 2- Reuniones como instancia para comprender los objetivos de trabajo: "La falta de recursos disponibles, limita el tiempo para los espacios de reunión, debido a la alta carga de trabajo para pocos funcionarios". (Anexo N° 7.7 N°2.1-2.2-2.3-2.4)
- 3- Herramientas comunicacionales: Baja efectividad de murales-intranet-revistas (Anexo N° 7.7 N°3.1- 3.2- 3.3)
- 4- Habilidades de comunicación de Dirección: CRSCO requiere de una estrategia en la bajada de información hacia M.I.
PHP y CRSM requieren una estrategia de bajada de comunicación hacia P.B. que involucre la acción de sus jefaturas directas (Anexo N° 7.7 -N°:4.1- 4.2-4.3-4.4-4.5-4.6)
- 5- Habilidades de comunicación de P.B.: requiere indicaciones formales de sus jefaturas directas, que acrediten la valoración de la escucha y la emisión activa, como premisas de comunicación activa (Anexo N° 7.7 -N°5.2- N°6.1- 6.2-7.3)
- 6- Habilidades de comunicación de M.I.: es un equipo capacitado, que sin embargo tiene limitaciones, debido a las faltas en presupuestos (Anexo N° 7.7 -N°5.3)

7- Habilidades de comunicación entre M.I.: existe una comunicación transversal débil en relación a una cultura institucional fuerte (Anexo N° 7.7 N°7.1-7.2-7.3-7.4)

Cuadro N° 25
Promedio de calificaciones por nivel organizacional en los 51 entrevistados correspondientes a los tres EE*

Calificación de 1 a 7	D	M.I.	P.B.
<i>1.Su aporte a la comunicación organizacional</i>	6.5	6.0	6.3
<i>2.Reuniones</i>	6.2	5.9	5.2
<i>3.Herramientas: murales- intranet- revistas</i>	5.9	5.2	5.7
<i>4.Habilidades de comunicación en el grupo de Dirección</i>	6.3	5.6	5.3
<i>5. Habilidades de comunicación en el grupo de P.B.</i>	6.0	5.8	6.1
<i>6. Habilidades de comunicación en el grupo de Jefaturas Intermedias</i>	5.7	5.9	5.4
<i>7. Habilidades de comunicación entre Mandos Intermedios</i>	6.0	5.9	6.1

*La escala de calificaciones es entre 1.0 y 7.0. El detalle de calificaciones por nivel y por establecimiento y los entrecerrillados de cada ítem se encuentran disponibles en el Anexo N° 7.7, Cuadro N° 8

2.2.5 Posicionamiento

Los siguientes cuadros y gráficos muestran el posicionamiento de los siguientes temas en los 51 entrevistados:

- A. “Herramientas para dar a conocer los mensajes”
- B. “Temas que recuerda de reuniones”
- C. “Temas que considera necesario tratar en reuniones”

Cada cuadro contiene agrupados en un mismo ítem las respuestas que fueron mencionadas con una frecuencia igual o menor a 3 veces; su desarrollo completo se encuentra disponible en el anexo N° 7.8.

Cuadro N° 26
Herramientas más reconocidas para dar a conocer mensajes

A-Las tres herramientas más reconocidas para dar a conocer los mensajes	Veces nombrada
<i>1. Difusión por medios Electrónicos</i>	38
<i>2. Difusión por medios Escritos y Murales</i>	28
<i>3. Reuniones</i>	23

Cuadro N° 27
Temas tratados en reuniones

B-Tres temas tratados en reuniones que recuerda en este momento	Veces nombrada
1. <i>Calidad de Atención al usuario</i>	15
2. <i>Problemas de Abastecimiento</i>	10
3. <i>Evaluación Comprehensiva Dipres</i>	9
4. <i>Metas, presión 2011</i>	8
5. <i>Sistema Informático de abastecimiento</i>	7
6. Ver total de temas mencionados en anexo:5.b	30

Cuadro N° 28
Temas que se considera debieran tratarse en reuniones

C-Tres temas que considera debieran tratarse en reuniones	Veces nombrada
1. <i>Carga financiera y tema financiero a nivel de funcionarios</i>	19
2. <i>Carrera funcional en relación a sueldos</i>	17
3. <i>Evaluación de desempeño</i>	16
4. Ver total de temas mencionados en anexo: 5. c	20

2.2.6 Gesto Final

De los 51 entrevistados, el 92% demuestra interés por entregar un gesto final para la organización en que trabajan y lo hace con una actitud positiva. Si bien reciben la petición

como un hecho inesperado, dando muestras de estar sorprendidos, comprenden que es una manera no verbal de expresar su manera de estar frente al establecimiento en el que trabajan. La sumatoria de gestos registrados, confirma los siguientes parámetros anteriormente recepcionados por el instrumento:

Cuadro N° 29
El gesto final

Gesto Final	%	Gestos más nombrados y sus comentarios	Imagen Final
1. Gesto Positivo	92%	<p>“Sonrisa”</p> <p>“Abrazo”</p> <p>“Abrir y levantar las manos con optimismo”</p>	
2.Gesto Negativo (o no lo hace)	8%	<p>Expectación:</p> <p>“¿En qué estaremos?”</p> <p>“Queremos seguir haciendo las cosas bien”</p>	
Total	100%	<p>“Me gusta lo que hago”</p> <p>“Necesitamos un apretón de manos”</p> <p>“Hay que remecer a la gente”</p>	

2.3 Evaluación final del Diagnóstico Comunicacional:

Se han aplicado seis tipos metodológicos que evalúan diferentes aspectos del área de la comunicación institucional en los tres EE. En síntesis, los resultados obtenidos se pueden evaluar de la siguiente forma:

- El hecho de que más del 88% de las personas que laboran en los EE recomienda su lugar de trabajo es un indicador de que, aun cuando se reconocen dificultades, en el pensar de las personas, la institución es bien evaluado desde la perspectiva del trabajador, al punto de recomendarlo. Este es un impacto directo de las políticas aplicadas en torno a RRHH y a la aceptación de la gestión que en ellos se realiza.
- La evaluación de las comunicaciones internas entre los diferentes niveles da como resultado una muy positiva evaluación, estando la aprobación entre el 69% y el 94%. Esto significa que existen los mecanismos y la cultura dentro de la organización, que facilitan las comunicaciones; este es un tema muy relevante en salud, dado que conviven por un lado personal del área de la salud y por otro, personas de otras muy diversas áreas, todas las cuales deben aportar para el logro de los resultados esperados; y este resultado depende en gran medida de la capacidad de comunicar que exista.
- Las calificaciones que los entrevistados hacen de las habilidades comunicacionales de personas en los distintos niveles jerárquicos de la organización y en distintas instancias son todas sobre 5.2 y hasta 6.5 en una escala de 1 a 7, lo cual se considera

de muy bueno a excelente. Es llamativa la baja efectividad de medios de comunicación como murales, internet y revistas.

- Finalmente, el gesto final positivo frente a la institución en el 92% de los casos, habla de que en el mundo emocional de las personas que trabajan en los EE, hay una importante cercanía con su institución.

La hipótesis inicialmente planteada, para poder validarse totalmente, debiera incorporar un análisis comparativo con un modelo no EE; sin embargo sí se constata que hay una cultura organizacional caracterizada por la cohesión, la vocación de servicio y un sentido de pertenencia, donde existen espacios participativos, adecuadas comunicaciones internas y capacidades de emitir mensajes; todo ello es reconocido por las personas que en él laboran, las que expresan tener una relación muy cercana con su institución.

3 Interacción con otras instancias gubernamentales:

El desarrollo de este aspecto se basa en las entrevistas semi estructuradas llevadas a cabo con representantes de las diferentes instituciones e instancias con las cuales se relacionan los EE; estas entrevistas son un insumo muy importante para el análisis de la relación existente con otras instancias, pero no el único que ha considerado la Consultora para su evaluación, ya que en su desarrollo se han aportado elementos adicionales tanto a partir de las entrevistas como del análisis de documentación.

A continuación se presentan los principales aspectos señalados por los entrevistados, para concluir cada punto con el análisis y la evaluación.

3.1 Subsecretaría de Salud

Esta entrevista se realiza con el Sr. Subsecretario, Dr. Luis Castillo y el Dr. Emilio Santelices:

Opinión general del modelo experimental y su relevancia política:

Sr. Santelices: “*el modelo aporta contenidos que lo hacen replicable, especialmente en cuanto a la flexibilidad en el uso de recursos, especialmente los RRHH; una potente enseñanza desde la evidencia, aún en comparación a los EAR, dada la rigidez que tiene en el sistema tradicional*”.

Dr. Castillo: “*Desde el punto de vista político, tener un hospital sujeto a otro estatuto y marco legal da un punto de comparación en cuanto a producción, gestión, e incentivos sumamente importantes, especialmente en el tema RRHH. Lo que han aportado se puede incluso mejorar en algunos aspectos. Deben estar dentro de un SS y formar parte de la red; el depender de la Subsecretaría sólo les aportó en cuanto a protección política; deben ser como hoy, descentralizados y con patrimonio propio pero articulados en el ámbito clínico, en la cartera de servicios. Hay que hacer mejora en el ámbito operativo y funcional más que en el*

estatutario y mejorías para los funcionarios. Me gusta el modelo Experimental, hay que hacer una versión mejorada”.

Respecto de la efectividad del modelo en cuanto a su contribución a los objetivos sanitarios:

Dr. Santelices: “*No tenemos como evaluar el impacto sanitario de la aplicación del modelo. El modelo entrega mecanismos más allá que los EAR, que son virtuosos y que tienen que ser incorporados; los cambios al modelo no significan volver a lo antiguo, sino que llevarlo a otro modelo. La situación financiera del HPH lo pone en una situación de vulnerabilidad; se origina por insuficiencia de aportes financieros y no por el modelo; hay un sentido de urgencia en resolver la situación*”.

Respecto de la eficiencia en el modelo:

Dr. Santelices: “*Uso más eficiente de recursos, flexibilidad, definitivamente lo son*”. Entrega el contexto de esta apreciación: “*A propósito de la evaluación de los EAR se han incorporado modelos econométricos y envolventes de datos con la incorporación de WinSIG y GRD en la normalización hospitalaria; con ello se sabe la incidencia del gasto en RRHH, indirectos y de insumos, y claramente hemos identificado las grandes cargas donde está la ineficiencia y el tema de RRHH es clave. En la medida que hacemos más flexible la gestión de los RRHH hacemos más eficientes los hospitales.¹³³ Se está avanzando en una nueva línea de contratación, distinta, paralela a la existente, asociada a resultados; este sería el planteamiento de la OCDE¹³⁴, que propicia el pago por performance; la idea es el pago por producto*”.

Dr. Castillo: “*Los problemas del HPH se inician con la apertura del S. de Urgencia. El SS siente que no está integrado a la red... el modelo mejorándolo puede ser muy bueno*”. El Dr. Santelices fundamenta esta situación a partir del análisis efectuado en más de 200 mil egresos en el país de los hospitales con GRD: 60% de los ingresos se generan por la urgencia y tienen un 30% más de estadía hospitalaria; finalmente, el case mix es más alto (se refiere al peso relativo de este tipo de casos en cuanto a costo).

Respecto de la sustentabilidad del modelo:

Dr. Castillo: “*Se ve muy bien, tanto en lo financiero con un buen marco presupuestario y ojalá con la transferencia progresiva a través de GRD médicos y quirúrgicos, en relación a complejidad*”. Se plantea expandir el modelo de los EE a los concesionados. Dr. Santelices agrega la importancia del cambio en el marco jurídico para que “*no caigan en la vulnerabilidad política de antes*”.

¹³³ Este tema es evaluado en el Área “Uso de Recursos”

¹³⁴ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

3.1.1 Análisis y evaluación:

La opinión de la Autoridad Sanitaria respecto de este modelo es relevante; como elemento de contexto cabe señalar que las actuales autoridades representan a otra coalición política que aquella que gobernó por 20 años y han asumido hace menos de dos años el Gobierno; por tanto, aportan una mirada nueva al sector, eventualmente con otros acentos y prioridades. Varios de los temas aquí planteados por la autoridad han sido objeto de evaluación en este estudio; por otra parte, se aprecia un conocimiento y reconocimiento del modelo EE.

3.2 APS:

Se realizaron entrevistas a los encargados de salud municipales de dos de las comunas adscritas a cada EE; el HPH tiene 3 comunas, en forma aleatoria se tomaron dos de ellas.

Para facilitar el análisis, se presentan en Anexos N° 8 los resultados de las entrevistas efectuadas en las dos comunas pertenecientes a cada EE en forma individual, conservando las ideas más destacadas que fueran entregadas ante cada pregunta, ya que se considera como una información útil para la evaluación:

CRSM:

La opinión es coincidente en la mayor parte de los aspectos consultados, evaluándose globalmente en forma positiva; destacan entre éstos la capacidad de coordinación y relación entre las instituciones, la amplitud y buena gestión de la oferta de especialidades aun cuando se reconocen en algunas esperas largas, el aumento de la capacidad resolutiva, la calidad de la atención, la oferta y calidad del laboratorio, la capacidad de priorización en las derivaciones. En las fortalezas destacan la urgencia, laboratorio e interconsultas, la calidad del equipo humano que “cuida las relaciones humanas”. Entre las debilidades se menciona: falta de comunicación e infraestructura insuficiente en relación a la demanda. La apreciación de un mal funcionamiento de la red se atribuye al SSMC y al déficit que tiene el Hospital San Borja Arriarán (HSBA). El hecho de ser un EE no aparece como elemento distintivo, excepto por la capacidad de generar convenios.

CRSCO:

Las coincidencias en opinión se refieren a: evaluación global buena, falta de oferta de especialidades en relación a la demanda lo que afecta la oportunidad, muy buena calidad en la atención de pacientes, sistemas informáticos adecuados y buena priorización de pacientes, falta de recursos. El funcionamiento de la red es muy bien calificado, particularmente para resolución del paciente grave.

Las divergencias de opinión están en los siguientes aspectos: la coordinación del CRSCO con la APS y su participación en la toma de decisiones. Como fortalezas y debilidades por un lado

se menciona que “no se aprecia ninguna” y por otro se menciona la comunicación y contacto frecuentes, la calidad del servicio, la coordinación y no se aprecian debilidades.

HPH:

Opiniones coincidentes: la calidad del servicio y en menor medida, el buen funcionamiento en red.

En todas las demás áreas consultadas hay opiniones que se contraponen en mayor o menor grado; estas áreas se refieren a la evaluación global del modelo EE, los modelos de referencia y sistemas de apoyo informatizados, la priorización de pacientes y capacidad de oferta.

3.2.1 Análisis y evaluación:

Caben los siguientes comentarios generales respecto de la información entregada desde la APS:

- El relato de los responsables de dos comunas pertenecientes al mismo EE tienen en algunos aspectos opiniones totalmente divergentes, lo cual no permite sacar conclusiones en ciertos temas consultados; notable es el caso del CRSCO y del HPH.
- Dentro del relato de un mismo entrevistado se observan inconsistencias, las que se atribuyen a falta o insuficiente información respecto de los temas.

Con excepción del CRSM, respecto del cual las opiniones son semejantes, en los otros casos, CRSCO y HPH, la divergencia de opiniones hace pensar que en las respuestas de los entrevistados influye fuertemente la relación y apreciación más bien de tipo personal, que juicios que pueden ser adecuadamente fundamentados. La evaluación de esta relación es por tanto difícil de realizar, lo cual fortalece la idea de incorporar elementos objetivos para evaluar la relación de la APS con el nivel secundario.¹³⁵

3.3 Directores de SS:

Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) – CRSM:

Dra. Yolanda Muñoz en su calidad de Sub Directora Médica del SS (por indicación del Director (S); Dr. Víctor Pérez, encargado de la red asistencial y Tatiana Palma, profesional encargada del GES.

La red: positiva evaluación; énfasis en la producción, integración en la red y fluidez en la relación. Son parte de la red, “como primos, no como hermanos”. Alta capacidad de absorber

¹³⁵ Ver en “Conclusiones y Recomendaciones” la sugerencia respecto a una evaluación sistemática del funcionamiento de todas las redes asistenciales a través de indicadores ad hoc.

demandas, aumentar oferta y re direccionarla cubriendo incluso otras redes. Menos énfasis en temas administrativos, sobre los que no se tiene tuición; hay incumplimientos en esta área lo que afectan los indicadores como SS.

Modelo de gestión: Se reconoce que el modelo les otorga ventajas comparativas sobre los otros establecimientos de la red, incluso en el tema financiero, lo cual genera inequidad en la red del SSMC. Se replicaría el modelo de gestión de los RRHH y el financiero. Se considera que el modelo PPV que ha tomado el CRSM tiene ciertas dificultades por cuanto hay prestaciones que no se incluyen.

En la oferta de servicios: se valora “muy positivamente” la flexibilidad en la oferta de prestaciones, que se adapta a la demanda; se compara con el CDT del San Borja, donde la oferta es estática, independiente de la demanda. Alta valoración del impacto de las 30 camas de corta estadía y de la atención domiciliaria.

La red de urgencia: gran impacto en la red, por localización en las dos comunas más populosas, genera la mayor producción en consultas de la urgencia de la red.

Hospital de Maipú: a la fecha de esta entrevista (05/09/2011), el equipo responsable del proyecto no había tenido ningún tipo de contacto o reunión con la SDM del SS; por lo tanto, desconoce el número de camas, cartera de servicio, oferta proyectada, etc. Esta se considera una situación totalmente anómala.

Comentario final: gran equipo humano, con gran empuje, muy empoderado y cercano a la APS.

Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) – CRSCO:

Dra. María Angélica Silva, Directora de Servicio:

Considera al CRSCO como un elemento muy importante del área ambulatoria dentro de la red, ya que se hace cargo de las comunas de Macul y Peñalolén, incorporando en su cartera de servicios áreas muy destacadas como Rehabilitación y subespecialidades como Dermatología.

Tiene un positivo impacto en **la red**, pero se señalan limitaciones que están asociadas a su estatus de “independiente” y es el hecho que la solución de su cartera de servicios o falta de recursos médicos especializados no se realiza desde la mirada de red; el CRSCO se ajusta en sus soluciones “*estrictamente a su marco, lo que es bueno para ellos.*”

Respecto de su **gestión** como establecimiento, la considera muy buena en términos de su producción y gestión financiera. En su relación con el Hospital L. Tisné, ésta se considera adecuada aun cuando se reconocen las dificultades que esta relación tiene por el lado de los médicos, donde los temas culturales del sector hacen que éstos sean poco adaptables a nuevos modelos como el del CRSCO.

La relación de la Dirección del SSMO con el CRSCO es catalogada por su Directora como “*muy buena*” y destaca el liderazgo y sentido social de su Directora. Destaca el particular compromiso que tiene el equipo de dirección con su institución.

Los esfuerzos de integración a la red han sido importantes y motivados por ambas parte, a través de la incorporación del CRSCO en todas las reuniones y espacios participativos, el compartir temas presupuestarios y trabajar en conjunto los temas relativos a cartera de servicios. A ello se suma la generación de protocolos de derivación dentro de la red. Se menciona la mayor lejanía que existe por parte de las áreas administrativas del SS con respecto al EE, a diferencia de lo que se observa en el área asistencial.

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMO)– HPH:

Dr. Fernando Betanzo, Director de Servicio:

La red: Su evaluación respecto de la condición de EE del HPH es mala, ya que dificulta la conducción de la red, no tiene injerencia sobre su quehacer y dependen directamente de la Subsecretaría.

La entrevistadora solicitando al entrevistado “*Hacer abstracción del tema red*”, donde las opiniones son: el funcionamiento interno es positivo y no difiere de los tradicionales en el momento actual, la brecha ha ido disminuyendo con los EAR pero la calidad es mejor en el HPH; sin embargo “sus costos de operación son mayores debido al modelo de gestión”. La urgencia ha incrementado su deuda en una proporción mayor que la del Sotero del Río. “Mis compromisos de gestión se ven afectados porque me lo consideran dentro de la red... incrementa la lista de espera”.

Área RRHH: “eso es bueno”, pudiendo el Sotero del Río favorecerse con ese modelo... “los cambios quedaron estancados y están en desmedro respecto de los hospitales tradicionales”.

Coordinación: es buena en materia de gestión de camas; el problema está en la ausencia de ciertas especialidades que son derivadas todas al Sotero, “sin resolver su tema”; la respuesta de su Director es que no hay recursos para ampliar más la cartera de servicios del HPH. En opinión del Director del SS, la relación con la APS funciona muy bien, especialmente con el modelo de urgencias comunitarias

Idea final: el Modelo EE 2.0 es visualizado como una oportunidad, tanto para el HPH como para el de La Florida, “pero que dependa de mí, sino, no me sirve”.

3.4 Dirección de Presupuestos

Srta. Mariela Orellana, Jefa del Sector Salud

Srta. Isidora Zapata, Analista del Sector Salud

Conociendo el modelo EE, especialmente en el caso del HPH, tienen diferencias con respecto del modelo tradicional, se considera que los problemas detectados son similares a los

observados en los otros establecimientos; un área falante es el tema de las Tics. Una de las grandes virtudes de los EE radica en la forma de contratación de RRHH, lo cual facilita un clima laboral más favorable. Son establecimientos jóvenes lo cual les da una ventaja comparativa importante.

Los EE tienen muy buenas experiencias, partieron con gran apoyo y recursos importantes, presupuesto único, más flexibilidad y por tanto son responsables de su gestión. Son aspectos replicables, ya que el tema de conocer su presupuesto es un área muy importante y aplicable a todo el sistema; hay una gran diferencia entre la información que manejan los EAR y los SS respecto del presupuesto. No se conocen bien los gastos fijos, aun cuando se están tratando de definir criterios comunes, falta mucho por avanzar.

Las dificultades hoy observadas son más bien de orden operativo. Las dificultades en su relación con FONASA son de la misma índole de aquella que viven los demás establecimientos y SS.

Faltan medidas de control, criterios comunes en el SNSS; no existe una mirada única dentro del sistema; es momento de tomar decisiones respecto de si la manera en que está planteado el modelo experimental es la adecuada o no y estas deben ser con una mirada global.

3.5 Fondo Nacional de Salud

Sra. Soledad Mena, Jefe del Depto. de Comercialización

Dentro de sus funciones está el acuerdo que se establece con los EE en cuanto a la producción anual y según eso se estipula el convenio y su financiamiento. La actividad es monitoreada y eventualmente ésta se reprograma a solicitud de los EE, básicamente en torno a los PPV.

La política del FONASA es aumentar en forma progresiva las transferencias vía PPV, cambiando el modelo hacia una resolución integral que pueda ser financiada a través de esta vía. Participan en la definición del % de PPV asignado a cada establecimiento el director del establecimiento, el director de FONASA y el Subsecretario de Redes, siendo la decisión final de tipo "*discrecional*". Los montos totales destinados a este tipo de transferencias los define Hacienda.

Las transferencias por PPI son a su juicio aun proporcionalmente muy altas, responden a un histórico, no dan cuenta de los gastos fijos en forma adecuada y "*no sincera la realidad*"; la PPV facilitan el uso eficiente de los recursos.

La evaluación de los EE es positiva en cuanto a que "*son altamente eficientes en su producción y se integran a la red*". A su juicio, "*los otros establecimientos se desmotivan porque los fondos van al SS y no a ellos en forma directa; la inserción de los EAR a la red es menor que del resto de los establecimientos, incluidos los EE.*" Señala que "*no todos los directores de SS tienen las competencias para el adecuado manejo del tema presupuestario y de financiamiento*".

4 Procesos claves para la generación de productos estratégicos:

Esta evaluación se ha realizado analizando los procesos que están vinculados y asociados a la generación de cada PE definidos por los EE. Para tales efectos se cuenta con un levantamiento de procesos y sus respectivos flujogramas.

Esta información fue complementada con la entrevista a agentes claves dentro de los EE quienes participan en distintos niveles de la producción de los PE. El foco de estas entrevistas se centró en detectar las falencias o puntos débiles de estos procesos para luego identificar la forma en que éstos puedan ser optimizados.

La información se presenta a modo de resumen para cada EE y los flujogramas de todos los procesos de cada EE están disponibles en Anexos N° 9 (CRSM), N° 10 (CRSCO) y N° 11 (HPH).

CRSM:

Puntos críticos y medidas de optimización aplicable a todos los PE:

- Obsolescencia de equipamiento médico: aumento de presupuesto para reposición y tomar conocimiento de aquellos que están incorporados en el Hospital Maipú destinados a la atención ambulatoria.
- Incertidumbre respecto de los traspasos financieros que se realizarán no permite programar la actividad asistencia con mayor certeza

PE: Urgencia Ambulatoria y de Adultos:

- Bajos sueldos generan una alta rotación de médicos
- Baja cobertura de enfermeras en atención pediátrica por remuneración insuficiente, poco competitiva en el mercado
- Inestabilidad de los RRHH por ser todos contratados a honorarios y por tanto, dificultad en lograr un desempeño apegado a los estándares definidos en el CRSM en forma continua

PE: Consulta Ambulatoria Especialidades Médicas:

- Aumentar la complejidad de exámenes de laboratorio para cubrir las necesidades de los pacientes; se requiere de equipamiento y recursos

PE: Especialidades Odontológicas y Urgencia Dental:

- No se conoce la demanda insatisfecha para ajustar cartera de servicios a esas necesidades
- Falta de RRHH por sueldos poco competitivos

PE: Hospitalización de corta estadía:

- Falta de coordinación con el Servicio de Urgencia para cumplir criterios de ingreso
- Equipamiento insuficiente dada la complejización de los pacientes ingresados
- RRHH contratados solo a través de compra de servicios, generando insatisfacción
- Insuficiencia de enfermeras en relación a la demanda por falta de recursos financieros

PE: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria:

- Diseño inadecuado ya que no garantiza la coordinación con unidades responsables de la fase pre operatoria (con excepción de AUGE que se coordina con SIGGES)
- Insuficiencia de pabellones para cubrir adecuadamente la demanda
- Falta de insumos y equipamiento dada la complejidad de las cirugías efectuadas

CRSCO:

PE: Sistema de Gestión de Calidad:

- La rotación de RRHH atenta contra el buen desarrollo de este proceso, asociado a poca competitividad en el mercado
- Hay déficit de personal que pueda dedicarse a tiempo completo, la limitación es financiera.

PE: Sistema de Capacitación:

- La no inclusión del personal a honorarios en los programas regulares de capacitación.

PE: Atención de patologías GES en oftalmología:

- Carencia de horas de consulta para certificar el diagnóstico, que tiene una lista de espera de 6 meses.
- Se requiere mayor número de horas oftalmólogo; escasez en el mercado

PE: Exámenes de Imagenología y Laboratorio:

- Existencia de listas de espera para pacientes de APS en imagenología (se privilegia el paciente del H. L. Tisné)
- Entrega de exámenes de laboratorio a la APS con mayor prontitud y seguridad
- Falta de cumplimiento de normas del Laboratorio para la toma de muestras en el H.L. Tisné (pacientes hospitalizados).

HPH:

PE: Atención Ambulatoria:

- Oferta de horas de especialistas menor de las requeridas para satisfacer la demanda, tanto para primera consulta como para los controles en la atención de adultos y subespecialidades como oftalmología, otorrino y traumatología.
- Modelo de referencia y contra referencia inadecuada desde la APS especialmente para patología no AUGE

PE: Atención de Urgencia:

- Alta frecuencia de traumatismos y agresión implican un alto costo para atención de adulto, mayor tasa de hospitalización, genera déficit de camas y un alto costo de la atención
- Infantil: se deriva paciente que pudiera ser atendido en nivel de menor complejidad.

PE: Hospitalización:

- Insuficiencia de camas críticas y de los recursos asociados para su operación
- Cirugía: falta de recurso especialista en traumatología y cirugía vascular
- Insuficiencia de RRHH no profesional y profesionales no médicos
- Falta de pabellones y recursos asociados para su operación

PE: Exámenes y otras atenciones:

- Falta de RRHH en aquellos procedimientos que son operador dependiente: ecografías, ecotomografías y endoscopías de adulto

4.1 Análisis y evaluación de los procesos asociados a PE en los EE

Se analizan un total de 23 procesos asociados a la producción de PE en los tres EE; en este análisis se identifican un total de 32 aspectos que los dificultan o que representan oportunidades de optimización, los cuales han sido definidos al analizar los flujogramas y con los aportes de los entrevistados.

Se observa en este análisis sistemático de los procesos, que hay factores comunes definidos como dificultades o puntos críticos; se ha agregado, según criterio de los consultores, el ámbito de resolución de estas dificultades, con el objeto de facilitar la evaluación del comportamiento global de los procesos asociados a PE en los EE.

Cuadro N° 30
Análisis de Procesos
Sistematización de las dificultades en la producción de los PE de los EE

Tipo de dificultad en los procesos	Ámbito de resolución	Frecuencia (Nº y % sobre el total)
Procesos insuficientes / optimizables	EE	8 veces = 25%
Equipamiento e infraestructura insuficiente / inadecuada por falta de recursos financieros	Externo	7 veces = 23%
Sueldos poco competitivos que llevan a escasez de RRHH	Externo	6 veces = 19%
Baja oferta de RRHH: situación del mercado + sueldos poco atractivos	Externo	6 veces = 18%
Asociado a la modalidad de contrato (honorarios / compra de servicios)	Mixto	3 veces = 9%
Temas asociados a modalidad de traspaso financiero e insuficiencia de recursos financieros como tema aislado	Externo	2 veces = 6%

Elaboración propia GSC

Son tres los aspectos que a juicio de los consultores son particularmente destacables de este análisis:

1. Se observa que en un 25% de los puntos críticos encontrados, los procesos son optimizables con medidas dependientes de los propios EE. Los elementos que facilitarían esta optimización se asocian a la informatización de los procesos y a la generación de mecanismos de coordinación inter establecimientos.
2. Hay tres tipos de dificultad asociados a RRHH, sea por falta de oferta, recursos financieros, modalidad de contrato o una mezcla de los tres señalados. Si se suman, se llega a que un 46% de los puntos crítico responden a estos temas, siendo esto consistente con las observaciones realizadas en cuanto a las dificultades existentes en este momento respecto de la disponibilidad de RRHH. Se reafirma la necesidad de resolver un tema que sobrepasa la capacidad de los EE, ya que aparece como el principal aspecto que afecta negativamente la gestión de los EE desde la perspectiva de la producción de los PE.

3. Un 29% de los puntos críticos se asocian a necesidades de equipamiento o infraestructura, la cual es dependiente, según lo explicitan los entrevistados, de recursos financieros. Este es un ámbito no privativo de la condición de EE, según opinión de los entrevistados y su solución no depende en forma exclusiva de la gestión interna de los EE.

5 Pago a proveedores y modalidad de contratos

5.1 Esquema de pago a proveedores

El análisis de este punto se ha llevado a cabo, comparando los procesos vigentes en cada EE, respecto del modelo estandarizado que se describe a partir de la normativa vigente (Ver “Esquema de Pago a Proveedores” Anexo N° 12).

Para ello se ha elaborado el fluograma que describe todo el proceso para cada EE los que se presenta en anexos (Ver Anexo N° 13 (CRSM), N°14 (CRSCO) y N° 15 (HPH))

5.1.1 Análisis y evaluación

Las estructuras que existen en los EE responden adecuadamente a los requerimientos de las actividades que desarrollan, con el nivel de especialización requerido, en particular las áreas de apoyo administrativo. No obstante, la alta complejidad del rubro sanitario demanda de estas estructuras altos niveles de aseguramiento, dependiendo en forma significativa de funciones de control interno, como son las auditorías internas.

En los últimos años éstas se han especializado y profundizado, haciendo que los aspectos de control y gestión sean determinantes en el eficiente uso de los recursos, planteándose por tanto como un desafío permanente y creciente.

En el análisis más detallado se puede establecer a través de la revisión de manuales y fluogramas, los siguientes aspectos que no se cumplen a cabalidad con respecto del modelo tomado como estándar:

CRSM y HPH:

1. En el “Registro y Pago Contable de Compromisos con Proveedores” no se indica la forma en que se hace la recepción de la factura (Timbre institucional o solo mosca del encargado).
2. En el manual no se indica si el gasto está debidamente aceptado (Firma del responsable del pedido).
3. No se indica cómo Finanzas formaliza la entrega de programación y pago a la encargada de pago.

Para el CRSCO aplican las observaciones 1 y 3 señaladas en el párrafo anterior.

5.2 *Modalidad de Contratos*

Los EE, como parte de los órganos y servicios públicos regulados por la Ley de Compras Públicas N° 19.886, se encuentran sujetos a la normativa que regula las modalidades y procedimientos de contrataciones de servicios. Dicha normativa, como la que se establece en otros cuerpos legales¹³⁶, tanto los específicos a estos establecimientos, así como los que regulan la actividad del Sector Público de Salud, determinan en una alta proporción las estructuras y requerimientos que deben satisfacer los contratos en general.

En este contexto, las diferencias en la modalidad de contratos de los EE respecto de otros del área pública de salud, viene dada por la flexibilidad en cuanto a los consumos que pueden ser objeto de contratos, más que la estructura de los mismos. En efecto, la relación contractual que pueden mantener los EE en la obtención de servicios de sus RRHH, les proporciona un esquema más flexible que al resto de los establecimientos.

Contrato de Servicios se define como: "*Aquel mediante el cual las Entidades de la Administración del Estado, encomiendan a una persona natural o jurídica, la ejecución de tareas, actividades o la elaboración de productos intangibles. Un contrato será considerado igualmente de servicios cuando el valor de los bienes que pudiese contener sea inferior al cincuenta por ciento del valor total o estimado del contrato*" (ley de Compras Públicas N° 19.886).

5.2.1 *Procedimientos de contratación*

El reglamento de la Ley de Compras Públicas señalado, que rige para todos los Servicios Públicos incluidos los EE, establece nuevas modalidades de contratación para los servicios y corresponderá a cada entidad definir cuál es la vía de contratación adecuada según las particularidades de cada caso. En efecto, el reglamento es enfático en señalar en su artículo 106 que "cada entidad será responsable de clasificar los servicios a contratar, utilizándose los procedimientos de convenio marco, licitación pública, privada y trato directo". De este modo, las entidades podrán optar por alguno de los siguientes procedimientos de contratación de servicios regulados en dicha ley y reglamento, según se trate de servicios generales o personales:

- Convenio Marco
- Licitación Pública
- Licitación Privada
- Trato directo artículo 8 de ley N° 19.886 y 10 del reglamento.

¹³⁶ Ley 18.757, DFL N° 29 de diciembre de 2000, Ley Anual de Presupuestos y su reglamento

La situación en los EE:

En el caso del CRSM, en forma análoga a lo que sucede en el CRSCO, son las unidades las encargadas de la gestión de los contratos de los servicios que utilizan, en tanto que es el Departamento de Finanzas y Contabilidad el responsable de cautelar los intereses financieros del CRS. Al Departamento de Operaciones le corresponde ejecutar y controlar, de acuerdo con los procedimientos administrativos necesarios para proveer los bienes y servicios requeridos para la operación y funcionamiento del CRSCO, entre otra funciones, supervisando y controlando los convenios de servicios contratados con terceros, estableciendo la contraparte y las coordinaciones necesarias, controlar la ejecución de los contratos y convenios en materias de su competencia, a través de la Unidad de Servicios.

Respecto del control y gestión de los contratos en el CRSCO, el ámbito de supervisión y control de carácter globales y genéricos le corresponde al Departamento de Finanzas, con la ordenación, coordinación, supervisión y control de las operaciones financieras, contables y presupuestarias, con arreglo a las normas y demás disposiciones a las que ellas deben sujetarse, así como el cautelar los intereses financieros del Centro, desarrollando mecanismos de control y súper vigilancia suficientes. En relación a la administración misma de contratos, son las unidades las encargadas de la gestión de los contratos de los servicios que utilizan; en tanto en lo operacional, es el Departamento de Recursos Físicos y Operaciones el encargado de administrar los convenios que celebren con el CRS, empresas externas de mantención y operación.

En el HPH, las funciones antes descritas las desarrolla la Gerencia de Administración y Finanzas, para controlar la regularidad y corrección de las operaciones y procedimientos relativos al ingreso, administración e inversión de los recursos financieros y patrimoniales del Hospital.

5.3 Evaluación

Se concluye que cada EE ha implementados procesos internos normados para llevar a cabo los contratos, con sujeción a la normativa establecida; la flexibilidad en este ámbito está dada por lo señalado en el Artículo N° 9¹³⁷ de sus DFL, en los siguientes incisos:

- Celebrar convenios para otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago
- Celebración de contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas para el desempeño de tareas o funciones aun cuando sean propias y/o habituales del establecimiento

¹³⁷ Para el caso del HPH, pero presente en los tres DFL que crean los EE

La existencia de estas prerrogativas es considerada como una ventaja comparativa importante, toda vez que apoya el cumplimiento de los Productos Estratégicos y demás actividades propias de su giro de negocio.

6 Control de Gestión:

El control de gestión que deben realizar los EE tiene diversos ámbitos, los que se pueden esquematizar de la siguiente forma:

- Compromisos de Gestión a los que se compromete el Director del SS y que involucran a toda la red de establecimientos, incluyendo los EE
- Compromisos establecidos con el MINSAL y FONASA en forma directa por los EE
- Los compromisos y metas internas que cada EE define entre sus diferentes unidades funcionales

Para la mayor parte de los ámbitos de control de gestión relacionados con MINSAL y FONASA se utilizan los Sistemas de Información Gubernamental. Estos incluyen los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) y las de Desempeño Colectivo.

El análisis de este aspecto se realiza en base a la documentación entregada por los EE así como en las entrevistas realizadas con los responsables de este aspecto en cada EE.

CRSM:

La Subdirección de Gestión a cargo de este tema, existe desde el año 2002, inicialmente muy vinculada a los compromisos de gestión en el área asistencial es decir, más operativo que estratégico. En los años siguientes surge una nueva mirada focalizándose más en temas de orden estratégico de la institución, como por ejemplo, el apoyo a la adecuada generación de los PE a través de la optimización de los procesos que están asociados a su producción. La información la recibe desde las unidades clínicas que hacen el seguimiento utilizando indicadores en el área de producción, desempeño financiero, de RRHH, calidad, entre otros. Actualmente los compromisos de gestión, metas e indicadores son definidos por las unidades en un proceso participativo las cuales son luego consensuadas con los equipos directivos. El logro de las metas que define cada establecimiento está asociado a un incentivo monetario, el cual resulta ser un estímulo para los funcionarios en cuanto a su cumplimiento. No existe un sistema informatizado en el ámbito de control de gestión pero se considera que la información entregada es confiable. Son aún insuficientes los mecanismos de difusión de los resultados globales como institución. Se está evaluando la conveniencia de contratar un profesional que se haga cargo del control de gestión.

CRSCO:

Este EE tiene radicado el Control de Gestión en cada una de las Subdirecciones: Médica, Clínica y de Administración y Finanzas, las cuales realizan el monitoreo de las áreas de las que son responsables en forma periódica a través del uso de indicadores. La información generada es consolidada, incluye los diferentes ámbitos de la gestión (producción, gestión clínica, ámbitos críticos de procesos asistenciales, gestión financiera, calidad) y son difundidos a todos los directivos y responsables de las diferentes unidades. Se trabaja sin un sistema informatizado, utilizando planillas Excel; la Subdirección Clínica incorpora Balance Score Card y las diferentes unidades trabajan sus informes de gestión. Está evaluándose la necesidad y conveniencia de contar con un profesional que se haga cargo del área de Control de Gestión.

HPH:

Cuenta con una Gerencia de Planificación y Gestión responsable del Control de Gestión.

Se diferencian dos áreas de control:

1. Los Compromisos de Gestión establecidos con el MINSAL a través del SS relacionadas principalmente con listas de espera, consulta ambulatoria, relación con la red asistencial y protocolización de atención. Estas son monitoreadas mensualmente.
2. Los compromisos internos donde el HPH establece anualmente con cada una de sus unidades funcionales, que son 12, Metas de Gestión, las cuales tienen definidos el indicador de desempeño, meta, prioridad y medio de verificación. Estos se generan dentro de cada unidad y consolidan en informes de gestión mensual, y desde el nivel de Gerencia se entregan informes sobre Coyuntura Financiera, Programa de Calidad, Producción, e Informe Epidemiológico.

6.1 Evaluación:

Esta es positiva por cuanto en los tres EE el Control de Gestión se caracteriza por:

- Incorporar las diferentes áreas de la gestión que son requeridas por el Nivel Central y se utilizan para ello mayoritariamente los Sistemas de Información Gubernamental.
- Se establecen compromisos, metas e indicadores de gestión internos, para los cuales se han generado diferentes modelos de control de gestión.
- Los compromisos y metas internas son propuestos por los niveles intermedios de la organización y luego consensuados con la Dirección, haciendo de este un proceso participativo.
- Son las propias unidades las que generan la información y remiten ésta al nivel de direcciones. En el caso del HPH, la Unidad de Estadísticas, dependiente de la Gerencia

de Planificación y Control, es la encargada de sistematizar y consolidar la información.

- El análisis de la documentación entregada y los resultados de las entrevistas muestran que los sistemas existentes, en general no informatizados y por tanto de generación manual, son capaces de entregar información para el Control de Gestión y seguimiento de metas y compromisos de gestión, sólo en aquellas áreas que son priorizadas.

Sin embargo, se observan los siguientes aspectos como debilidades:

- No todos los EE cuentan con un profesional dedicado a estos temas, lo cual se considera una debilidad por cuanto la recopilación y sistematización de información para la gestión es una tarea especializada, de preferencia centralizada para garantizar un proceso homogéneo y normado de todas las áreas; el contar con una base de datos única permite hacer los cruces de información que se requieran; así, potencialmente puede entregar información mucho más enriquecida y confiable. Finalmente, un modelo de este tipo no distrae de las tareas propias a directivos cuya función se encuentra más centrada en los ámbitos operativos específicos. Este es el caso del CRSM y CRSCO.
- La no informatización de esta área es un tema considerado por los tres EE como una importante debilidad, ya que se evalúa como un área relevante para la gestión y toma de decisiones, la cual se vería facilitada con la informatización de los procesos y generación de bases de datos únicas.

7 Auditoría y Rendición de Cuentas

A continuación se presentan aspectos relevantes en cuanto a la transparencia en el uso de los recursos de los EE.

7.1 Mecanismos de Auditoría de los EE

Los mecanismos de auditoría implementados en los EE tienen altos requerimientos desde el Nivel Central del SNS, destinando una proporción importante de recursos para satisfacer dichos requerimientos. Esta es una función que si bien siempre ha estado presente, en el último tiempo ha alcanzado mayor relevancia, tanto por los mayores requerimientos de las autoridades, como por los requerimientos propios de los desafíos que han enfrentado los EE¹³⁸. En efecto, se observa que a partir del año 2010 se han ido implementado planes de auditoría basado en matrices de riesgo, con planes de seguimiento de implementación de

¹³⁸ Si bien el uso de la Matriz de Riesgo es de uso general para el sector público, el CRSM y HPH están trabajando en su desarrollo y es un concepto de reciente adopción.

mejoras, buscando establecer el grado de Economía, Eficiencia y Eficacia de la planificación, control y uso de los recursos.

Sin embargo, la alta complejidad de estas instituciones, por la actividad que desarrollan, como es atender las necesidades de salud de una población, requiere la permanente evaluación y prevención de riesgos en todos los ámbitos, lo cual implica mantener un foco de especial atención en los recientes desarrollos de estas funciones de control, que si bien se observan adecuadamente desarrollados y conforme a los requerimientos de las normativas¹³⁹, los conceptos más recientes de auditoría deben ser profundizados y extendidos en todas las actividades y niveles de la organización.

Los EE, a través de su Unidad de Auditoría Interna ejecutan el Plan Anual de Auditoría que es sancionado por resolución en cada EE correspondiente al período, considerando al menos:

- Realizar las actividades especificadas en el Plan Anual de Auditoria, incluyendo aquellas que define cada establecimiento
- Generar mensualmente informes de resultado de la ejecución del Plan Anual de cada una de las auditorías realizadas con sus respectivos programas, identificando objetivos generales y específicos, alcance, oportunidad y análisis de los resultados
- A través de la Unidad de Auditoria, generar anualmente el Informe Final de las auditorias ejecutadas durante el año con el análisis de la ejecución del Plan, la conclusión sobre el resultado del trabajo anual e identificando recomendaciones.

A continuación se presentan los mecanismos de auditoría que declara cada EE:

CRSM:

La Unidad de Auditoría Interna tiene por objetivo asesorar y colaborar con el Director y las Subdirecciones y Unidades, en la fiscalización, control y evaluación de las acciones que debe cumplir el CRSM, tanto en materia de orden asistencial, técnico, administrativo, financiero y patrimonial. Destina además sus esfuerzos en lograr una gestión eficiente y mantener un adecuado y oportuno sistema de control interno.

La función de Auditoría Interna está a cargo de un profesional que depende directamente del Director y goza de autonomía respecto de las otras jefaturas y dependencias del SS.

Las jefaturas deben colaborar con informes y antecedentes a la Unidad de Auditoría Interna según sus requerimientos; las disposiciones relativas al secreto o reserva de determinados asuntos no pueden impedir que ellos sean conocidos por Auditoría.

El encargado de Auditoría Interna puede solicitar al Director el concurso ocasional de profesionales, técnicos y personal administrativo de otras dependencias del CRSM o incluso a

¹³⁹ Como el DL N° 1263/75, DS N°42 de 1986 del Ministerio de Salud y la Ley N° 10336 de la Contraloría General de la República

través de la compra de servicios, si la naturaleza, complejidad o volumen de las actividades específicas que deba realizar lo requieren.¹⁴⁰

Existe un Plan de Auditoría Interna elaborado por el Encargado de la Unidad, sin relación con el Nivel Central en esta labor, el cual es aprobado anualmente por el Director mediante Resolución Exenta. Sin perjuicio de lo anterior, el Director puede ordenar actividades extraordinarias de Auditoría Interna.

CRSCO:

El establecimiento define a través de su respectiva Resolución, el rol y funciones de la Oficina de Auditoría que depende directamente de la Dirección, de la siguiente forma:

- Auditar el funcionamiento de los sistemas de control interno del Establecimiento y efectuar las recomendaciones para su continuo mejoramiento
- Fiscalizar el funcionamiento de los sistemas administrativos y financieros
- Verificar el grado de eficiencia y eficacia de las acciones que deben cumplir la Unidad o Departamento auditado, en concordancia con el ordenamiento y reglamentación vigente
- Evaluar la calidad de atención al usuario en todos sus aspectos y sugerir de acuerdo a lo observado, las recomendaciones pertinentes que permitan una adecuada atención al usuario
- Efectuar auditorias de gestión clínica, administrativa y del área asistencial
- Realizar evaluaciones relacionadas con el cumplimiento de la normativa relacionada con las Garantías Explícitas de Salud (GES)
- Evaluar el cumplimiento de la Planificación Estratégica¹⁴¹
- Auditar el funcionamiento de los Sistemas Informáticos implementados
- Realizar seguimientos a recomendaciones y observaciones de auditorías internas o externas
- Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos y exigencias establecidos en la normativa interna.
- Verificar que los antecedentes proporcionados por los sistemas informáticos institucionales, sí se encuentren actualizados y sean relevantes, confiables y oportunos
- Verificar la regularidad y corrección de las operaciones y procedimientos relativos al ingreso, administración, e inversión de los recursos financieros y patrimoniales del

¹⁴⁰ No hay información disponible respecto de la frecuencia con que este procedimiento se aplica.

¹⁴¹ La evaluación la realiza la Unidad de Auditoría a través de los indicadores que todo organismo público debe establecer para dicho propósito.

CRSCO y la sujeción a lo dispuesto en la Ley de Administración Financiera del Estado y demás normativas vigentes relativas a estas materias

- Efectuar seguimientos periódicos a las metas anuales definidas en el establecimiento
- Realizar los cometidos que le asigne la Directora del establecimiento.

HPH:

La función de Auditoría se desarrolla a través de un auditor médico y de un auditor administrativo, quienes dependen directamente del Director y gozan de autonomía respecto de las otras jefaturas y dependencias. La función de los auditores médico y administrativo, en sus respectivos ámbitos de competencia, son; a) asesorar al Director, b) fiscalizar, controlar y evaluar las actividades de orden asistencial, técnico administrativas, financieras, patrimoniales y de gestión.

Las jefaturas y funcionarios del Hospital deben proporcionar la colaboración, informes y antecedentes que los auditores les requieran para el ejercicio de su función. Asimismo, los auditores podrán solicitar al Director el concurso ocasional de profesionales, técnicos y personal administrativo de otras dependencias del establecimiento, de acuerdo con la naturaleza, complejidad o volumen de las actividades específicas que deban realizar, coordinándose en el ejercicio de sus funciones con la dependencia encargada de auditorías en el MINSAL.

El Asesor Jurídico del HPH debe coordinar las labores de los auditores médico y administrativo, para efectos de consolidar el plan a que se refiere el párrafo siguiente, presentarlo al Director para su aprobación, supervisar su ejecución y evaluar su cumplimiento.

Un Plan Anual de Auditoria se estructura estableciendo objetivos, metas e indicadores específicos para los ámbitos médico y administrativo, considerando además la actividad de contingencia. Dicho plan será aprobado en el mes de Enero de cada año en que haya de ejecutarse, mediante resolución del Director. Asimismo, dentro del mes de diciembre de cada año, el Asesor Jurídico entregará un informe anual de actividades que comprenda una evaluación del cumplimiento de todas las acciones de auditoría programadas y de aquellas ejecutadas por vía de contingencia. En cuanto a su relación con el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG), éste solicita información mediante formularios en planillas Excel trimestralmente, donde se incorpora una columna para los planes de mejora que se deben implementar para el cierre de brechas, siendo dichos planes parte de la actividad programada.

Las relaciones entre los encargados de Auditoria y la Contraloría General de la República, se regirán por lo establecido en el artículo 18 de la ley N° 10.336, Orgánica Constitucional de la Contraloría General de la República.

La evaluación de este ámbito muestra necesidades asociadas a determinados procedimientos, tal como se explicita a continuación:

Cuadro N° 31
Resumen: Procedimientos de Auditoría y Necesidades
Establecimientos Experimentales

Nombre EE	Procedimientos	Necesidades
CRSM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe una planilla de seguimiento de auditoría. 2. Se informa un 80% de mejoras en la implementación de auditoría y control desde el 2007. 3. El año 2007 comenzó a formalizarse los programas de auditoría y control. 4. Se audita mensualmente las conciliaciones bancarias, cuentas por pagar y cobrar, análisis de libros auxiliares, Recursos Humanos, inventarios, entre otros. 	1. En proceso de desarrollo de la Matriz de Riesgo que incluye auditorías médicas.
CRSCO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El año 2010 creación de Matriz de Riesgo y año 2011 la implementan. 2. Se han definido los 10 riesgos administrativos y 10 riesgos higiénicos 3. Centrados en el control interno ex ante y ex post, entendido como factor de mitigación del riesgo. 4. Desarrollan planes de Auditoría y de seguimiento. 5. Las políticas de riesgos apuntan a insertar la Institución en un sistema de alto estándar.¹⁴² 6. Buscan regular la relación riesgo/calidad.¹⁴³ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad del recurso humano para efectuar auditorías. 2. Facilitar la auditoría en el área médica, por el tipo de relación contractual.
HPH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con un programa de auditoría administrativa anual y atienden auditorías médicas según contingencia. 2. Los planes de auditoría se concentraron en áreas de riesgo: Honorarios, Inventarios, Manejo contable y presupuestario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capital humano con mayor experiencia. Existe solo un profesional en el área, más un auditor médico. 2. Mejor coordinación con Clínica 3. Construir Matriz de Riesgo

Elaboración propia GSC a partir de las entrevistas realizadas

¹⁴² Esta corresponde a una política que condiciona y define la elaboración, revisión, actualización y corrección de los procedimientos

¹⁴³ Ibid

7.1.1 Análisis y Evaluación:

Se concluye de esta presentación, que si bien cada EE ha definido los procesos que norman el trabajo de auditoría de acuerdo a su perfil como establecimiento, todos ellos cumplen con las funciones que se establece la reglamentación vigente a pesar de los avances dispares que en esta área tienen los tres EE; la incorporación de los PE se evidencia en la descripción efectuada, aun cuando para el caso de las áreas clínicas, tanto el CRS CO como el HPH señalan algún nivel de dificultad en el desarrollo de esta actividad.

Aparece la necesidad de contratación o asignación de personal adicional en caso de ser requerido por sobrecarga de trabajo y la disponibilidad financiera, lo cual no se menciona como un problema, aun cuando esta actividad demanda significativos recursos. Los responsables presentan a la Dirección los requerimientos necesarios para dar cumplimiento a las necesidades de auditoría, donde determinan la pertinencia y disponibilidad financiera para aprobar o rechazar dichos requerimientos. La evaluación, básicamente considera los recursos de que dispone el establecimientos, el número y extensión de las auditorias totales (programadas y de contingencia). Los requerimientos de información y auditorias del Nivel Central consumen una cantidad significativa de los recursos que disponen los EE. La necesidad de recursos adicionales es planteada por los encargados de las unidades de auditoría de los EE, en el contexto de la velocidad y profundidad de implementación de las Matrices de Riesgo. Sin embargo, hay ciertas áreas a ser optimizadas como es la facilitación del trabajo en las áreas clínicas y actividades que están en proceso de elaboración como son la Matriz de Riesgo.

El análisis de los planes de auditoría proporcionados revela un grado considerable de detalle y adecuación con respecto a las materias que deben ser abordadas en cada caso. No obstante, el enfoque está centrado en la cautela de la correcta realización de los procesos administrativos, más que en la evaluación del cumplimiento de la estrategia de cada EE. En tal sentido, la corrección en la realización de los procesos es de gran importancia, no obstante, no garantiza por sí misma el logro de los objetivos estratégicos, más bien, ambos ámbitos son complementarios e interdependientes.

Por lo expuesto, se considera que las Unidades de Auditoría debieran contar con más recursos para su funcionamiento y de esta forma poder por un lado asumir la carga de trabajo que tienen en forma autónoma, y por otro, dar mayor énfasis a los temas asociados a los objetivos estratégicos institucionales.

7.2 Rendición de cuentas

La circular N° 759 de la Contraloría General de la República establece las normas de procedimientos de rendición de cuentas para las instituciones y funcionarios públicos. Esta circular rige por igual para todos los establecimientos que componen el SNSS. Estos forman parte integral de los procesos de control contables habituales de los establecimientos de

salud pública, en consideración a los requerimientos de auditorías y control que ejerce el Nivel Central sobre dichos establecimientos.

CRSM:

El Departamento de Finanzas y Contabilidad, a través de la Unidad de Recaudación, efectúa la rendición diaria, remitiendo esta información a la Unidad de Contabilidad y Presupuesto, la cual debe presentar rendiciones de cuentas a las entidades por fondos recibidos en administración y exigir las rendiciones de cuentas por fondos entregados a funcionarios ya sean Fondos Fijos, Fondos a Rendir o Anticipos a Proveedores.

CRSCO:

La rendición de cuentas CRS Cordillera, a través de su Departamento de Finanzas, se aplican en el cumplimiento de sus funciones de supervisión y control de las operaciones financieras, contables y presupuestarias, con arreglo a las normas y demás disposiciones a las que ellas deben sujetarse.

HPH:

El control de la regularidad y corrección de las operaciones y procedimientos relativos al ingreso, administración e inversión de los recursos financieros y patrimoniales del Hospital es función de la Gerencia de Administración y Finanzas.

7.2.1 Análisis y evaluación

Estos aspectos no representan un riesgo financiero significativo en estos establecimientos, debido a que por una parte, no reciben fondos a transferir a terceras instituciones y por otro lado, existen políticas explícitas de minimizar la existencia de fondos de excepción e imprevisto de baja cuantía, no superando el millón de pesos de fondos a rendir, entre fondos fijos y adelantos a proveedores. Según se describe y declaran los responsables del área de finanzas, los procedimientos de rendición de cuentas responden a lo establecido en la circular N° 759 antes citada y a los conceptos y normas básicas de control interno.¹⁴⁴

7.3 Auditorías realizadas por la Contraloría General de la República

Las observaciones establecidas en las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República (CGR) son sujetas a seguimiento, ya que ellas con incorporadas en los planes anuales de auditorías aprobadas por resolución de la Direcciones.

¹⁴⁴ La metodología propuesta y aprobada no incluye la revisión exhaustiva a través de SIGFE del porcentaje de rendición de cuentas. Sin embargo, por lo señalado por los entrevistados, este porcentaje sería del 100% ya que se hace referencia al cumplimiento de la normativa.

Estas han sido las siguientes:

CRSM:

- Informe Final N° 80 del año 2008 de la auditoria del examen de cuentas de ingresos de operación.
- Informe Final N° 149 del año 2008 de la auditoria del examen de cuentas al proceso de compras de medicamentos, insumos, gases clínicos y bienes y servicios no médicos.
- Informe Final N° 85 del año 2010 de la auditoria al proceso de adquisición de bienes muebles, inmuebles e instrumental clínico, de personal y remuneraciones.
- Se han presentado los documentos de seguimiento de dichas auditorías.

CRSCO:

Informe Final N° 152 del año 2009 de la auditoria a las transacciones del proceso de ingresos de operación y personal y remuneraciones.

Para ambos existen los documentos de seguimiento de dichas auditorías. (Ver Anexo N° 16, Resumen dictámenes CGR)

HPH:

El DFL que crea el establecimiento establece la obligatoriedad de efectuar auditorías externas integrales de gestión clínica y administrativa una vez al año.¹⁴⁵

- Auditoría N° 046/07: Indicadores y metas de gestión 2006 HPH.
- Auditoría N° 5/2008: Evaluación Metas de Gestión en Unidades de Trabajo.

En ambas se establecen recomendaciones respecto de los temas evaluados, apreciándose un cumplimiento global que sobrepasa el 75% según estimación realizada por los consultores, lo cual se considera adecuado. No se dispone de información en mayor detalle respecto de este punto.

Sólo en el Hospital Padre Hurtado, se contempla una instancia específica para responder a los requerimientos de informes y consultas de la CGR sobre la interpretación de normas. En los CRS, es el encargado de Auditoría Interna el responsable de responder a las observaciones que dicho órgano contralor del Estado formule, incorporando al Plan Anual de Auditoría el seguimiento a las recomendaciones y observaciones de estas auditorías externas.

¹⁴⁵ Aun cuando las dos Auditorías fueron realizadas por el MINSAL, se ha considerado pertinente incluirlas en este acápite.

7.3.1 Análisis y Evaluación:

La evaluación es positiva en cuanto en los tres EE se verifica que las autoridades conocen claramente los procedimientos exigidos por la CGR. Se efectúa un seguimiento de las observaciones realizadas y su seguimiento en forma que es calificada por los consultores como adecuada.

En el caso del CRSCO, la Matriz de Riesgo se creó en el año 2010 y está implementada desde el 2011, siendo este un tema en proceso en los demás EE, tema que refleja una debilidad; dados los actuales niveles de requerimiento y exigencias desde la Autoridad Central, los recursos con que disponen las Unidades de Auditoría se consideran insuficientes.

8 Sistemas de información gubernamental y otros

Se trata de la visión que tienen los usuarios de los Sistemas de Información Gubernamentales y como tal, se basa en la experiencia que cada uno de ellos tiene en su uso.

8.1 Descripción de los sistemas en uso en el sector salud:

Los sistemas que a continuación se señalan se utilizan en su mayoría en los EE de acuerdo a las indicaciones del Nivel Central; no son mantenidos ni administrados por las unidades de informática locales, las cuales sólo deben brindar las condiciones para que puedan ser utilizados.

SIGFE: “Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado”: versión SIGFE 1.0, es utilizado para reunir y procesar la información que permite obtener la ejecución presupuestaria y la contabilidad del Gobierno Central.

SIGGES: “Sistema de Información de apoyo a la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud” tiene el objetivo de monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por el sistema AUGE, en apoyo a la gestión local de los procesos en el ciclo de la atención y la generación secundaria de información para la gestión sanitaria en los ámbitos subregional, regional y central, tanto de prestadores como del FONASA.

SIDRA¹⁴⁶: Sistema de Información de la Red Asistencial: Se creó para fortalecer el trabajo de la red asistencial, dar soporte a la gestión operacional en cada nivel, enfocado en mejorar la atención integral de los usuarios del Sistema Público de Salud. Está compuesto por los siguientes módulos: Referencia y Contra-referencia, Agenda, Registro de Población Bajo Control, Registro de Atenciones de Urgencias, Dispensación de Fármacos.

SIRH: “Sistema de Información de Recursos Humanos”, cuya finalidad es la informatización de los procesos de apoyo a su gestión.

¹⁴⁶ http://www.MINSAL.gob.cl/portal/url/page/MINSALcl/g_varios/sidra.html (Oct 2011)

OIRS: Sistema de gestión de “Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias”.

8.1.1 Evaluación de los Sistemas de Información Gubernamental utilizados:

Este tema será analizado en forma conjunta para los tres EE, señalando las particularidades cuando esto sea pertinente, dada la coincidencia en las apreciaciones que los usuarios tienen al respecto.

SIGFE: se considera que la operación de las funciones que están implementadas es adecuada. Se está en espera de la versión 2.0, con la expectativa que supere las deficiencias percibidas en la versión actual, las cuales se refieren a:

- Imposibilidad de trabajo por centros de costo
- Informes no pueden asociarse a la actividad productiva para medir eficiencia y rendimiento de los centros de costo
- Insuficiente control presupuestario para poder comparar aquellos comprometidos con respecto del devengado y el pagado
- Contar con información en tiempo real en apoyo a la toma de decisiones oportuna

SIGGES: en la fase de implementación se presentaron problemas para su uso. Permite el registro de prestaciones, a partir de lo cual se genera el pago que realiza FONASA por la actividad realizada por cada establecimiento en lo referido al GES. No se utiliza para funciones adicionales a la señalada. Las dificultades asociadas al sistema se refieren a:

- Funcionamiento lento; caídas del sistema que imposibilitan su uso transitoriamente
- Problemas de integridad de datos que obliga a verificaciones por parte del prestador
- No hay integración / conectividad con los sistemas locales, lo cual implica doble registro: los médicos deben llenar una serie de formularios los cuales son luego digitados en el sistema
- Entrega de información incompleta

SIDRA: su uso no está generalizado dentro de la red del sistema público de salud.

- En el caso del CRS, está instalado sólo para la derivación del Complejo San Borja y está en proceso la implementación desde la APS
- El CRS considera que no responde adecuadamente a las necesidades de gestión de la red; poco amigable y la gestión de la lista de espera no se facilita con el sistema
- El HPH no lo utiliza, ocupa sus propios sistemas para la gestión de agenda y la coordinación con otros establecimientos se realiza en forma no informatizada
- Se considera como un buen modelo en cuanto permitiría tener plataformas de administración de información de pacientes a nivel nacional, para toda la red.

- Las funcionalidades son insuficientes (ficha de paciente por ejemplo)
- Sin integración con sistemas locales

SIRH:

- Se considera un buen sistema, ya que cubre buena parte de las necesidades de los establecimientos
- Pudieran incorporarse otras funcionalidades como licencia, permisos, vacaciones, así como temas relacionados con producción y rendimientos individuales
- El HPH no lo utiliza, ocupa un sistema provisto por empresa externa (INSICO).

8.1.2 Análisis y evaluación:

Como se observa, Sistemas Gubernamentales de Información no son utilizados por la totalidad de los usuarios para quienes fue creado, lo cual pudiera tener diferentes razones, como ser el desarrollo local de sistemas para los mismos fines, antes de la masificación de estos sistemas.

La evaluación en general es positiva y se evalúa como adecuado el manejo que los encargados tienen de estos sistemas, particularmente para el SIGFE y SIRH; se considera que éstos pudieran dar un apoyo mayor a la gestión de la que actualmente cumplen, particularmente en el caso de SIGFE. Estos aparecen como sistemas obligados a ser utilizados, aun cuando en el caso del HPH se utiliza otro sistema para la gestión de RRHH (provisto por la empresa INSICO) que cumple con los requisitos definidos por el Nivel Central.

En cuanto al SIDRA, su uso no está masificado, a pesar de que su propósito es resolver un tema de alta relevancia para el funcionamiento de las redes y sus establecimientos. La puesta en operación de este sistema ha sido dificultosa, lo cual se atribuye principalmente a falta de capacitación y difusión de la forma de uso y funcionalidades del sistema.

El SIGGES es el menos aceptado, ya que no resuelve un tema central, que es la digitación de información que ha sido originalmente registrada en papel. La falta de capacitación inicial en este sistema fue la causa de su difícil puesta en marcha, además de la falta de recursos de hardware en muchos establecimientos de salud.

Ninguno de los EE tiene disponible el WinSIG¹⁴⁷, tal como fuera analizado en el área de evaluación “Uso de Recursos”; en cuanto al GRD (Grupos Relacionados al Diagnóstico), ninguno de ellos dispone de esta herramienta.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Sistema de coste creado por la OPS que distribuye el gasto en los diferentes centros de costo y permite obtener un costo promedio de productos intermedio, de apoyo y finales.

¹⁴⁸ Según la información entregada en el MINSAL, el actual Gobierno ha propiciado la incorporación de WinSig y GRD al menos en los establecimientos más complejos en el país. La Consultora no dispone de información respecto de la cobertura actual de dichos sistemas en el SNSS.

Se considera como una debilidad el hecho de no disponer de un sistema de costeo por centros de costo, lo cual pudiera ser resuelto con la nueva versión del SIGFE; en cuanto al SIDRA, esta sería la solución a disponer en toda la red pública, a menos que los sistemas locales pudieran tener una interfaz con éste y así cumplir con las funcionalidades requeridas. La uniformidad en este tipo de sistemas es relevante para el resultado del funcionamiento de la referencia y contra referencia. En cuanto al GRD, este es sin dudas un aporte a la gestión de hospitales, sin embargo, su uso conlleva una serie de recursos¹⁴⁹, por lo cual su implementación debe ser muy bien evaluada.

8.2 Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's), hardware, redes y afines:

8.2.1 La situación actual de TIC's en cada EE

Este análisis se realiza principalmente a partir de la información aportada por los entrevistados y de la revisión de la documentación pertinente. A partir de ello se pueden establecer lo siguiente:

Los EE sienten como una herramienta importante el contar con sistemas de información para automatizar los procesos de atención y disponer de información que permita gestionar y apoyar la toma de decisiones.

En todos ellos se ha optado, al menos inicialmente, por desarrollos propios, siendo el establecimiento más avanzado en esto el HPH. Esto ha implicado un esfuerzo en cuanto a la asignación de recursos, tal como ha ocurrido en otros establecimientos del sistema de salud, ya que en general todas las instituciones trabajan en resolver este mismo problema.

Actualmente, los EE sienten que sus Departamentos de Informática han cumplido un ciclo y se está en un punto en que es necesario definir cuál será la estrategia de desarrollo informático para los próximos años. De acuerdo a la opinión recogida en entrevistas con Directivos y Jefes de Informática, aún quedan funciones por sistematizar, la duda que se observa es como enfrentar esa actividad, entre otros, en cuanto a externalizar o seguir con desarrollos propios.

Respecto de los sistemas gubernamentales, se puede deducir que los procesos de capacitación e implementación han fallado en entregar a los usuarios todas funcionalidades disponibles, lo que crea la idea que el sistema no sirve adecuadamente a las necesidades. También se recoge de los usuarios que a medida que el tiempo ha pasado, los usuarios han sacado mejor provecho de esos sistemas y tienen más claridad de las funciones que deben mejorarse.

¹⁴⁹ Se refiere al trabajo de ingreso de la información de todos los egresos hospitalarios y al costo que tiene el software.

En tal sentido, en opinión de GSC, las instituciones del sector tienen procesos, problemáticas y necesidades funcionales que son comunes y de lo que se carece es de soluciones informáticas genéricas que los establecimientos puedan adecuar en alguna medida a su realidad local.

CRSM:

Aspectos generales: Informática está orientada a apoyar las áreas internas y luego integrarse con plataformas externas; las demandas son mayores que la capacidad de respuesta actual de informática; los sistemas propios quedaron con funciones por desarrollar las que se van a realizar en la medida de la disponibilidad de los recursos propios; debe considerarse que actualmente sólo trabaja en ese departamento un desarrollador.

Respecto a la compra de desarrollo externo, con anterioridad se ha contratado empresas con no muy buenos resultados. Actualmente informática también tiene como función apoyar la explotación de los Sistemas Gubernamentales.

No existe un programa de capacitación definido, lo que ha llevado al autoaprendizaje. Las comunicaciones formales dentro de la institución son principalmente a través de correo electrónico y se dispone de un sitio web institucional que permite una serie de funcionalidades que facilitan la comunicación interna y se aprecia como un importante medio de comunicación para los usuarios externos.

Sistemas Internos: se cuenta con una serie de aplicaciones o sistemas de desarrollo propio que tenían por objeto cubrir las necesidades al inicio de sus actividades, sin embargo, estos sistemas están cumpliendo sus ciclos de vida y como se señalara, el Departamento de Informática no cuenta con el personal adecuado o necesario para continuar en esta línea de desarrollo.

Dentro de las variables que incidieron inicialmente en el desarrollo de soluciones propias se señala que no había en el mercado programas adecuados a sus necesidades y por otra parte los que había eran considerados excesivamente caros para los recursos disponibles. En el año 2006 se tomó como estrategia que las futuras aplicaciones debieran estar en plataforma web.

La “agenda” es el sistema de desarrollo propio que consideran con mejores resultados, dado que está relacionado con Pabellones y Recaudación, además de enviar mail automáticos al Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) con la disponibilidad de camas, para derivación a Hospitalización de Corta Estada en el CRSM. Se considera que los sistemas internos han sido un apoyo importante para la atención que brindan a sus pacientes.

En cuanto a la información para la gestión, se considera que esta puede mejorarse para permitir la entrega de información de gestión más adecuada a las necesidades de los usuarios; no todos acceden a dichos sistemas; se estima que la información es confiable pero insuficiente.

CRSCO:

Aspectos generales: El desarrollo de informática es incipiente en cuanto a recursos destinados a esta área y no está dentro de la perspectiva un mayor desarrollo. Al igual que en el caso del CRSM, está orientada a apoyar las áreas internas y luego integrar plataformas externas; está más centrada en el soporte de hardware y los sistemas son en general externos. El personal requiere mayor capacitación en las nuevas técnicas y funciones, la cual está incorporada en el Plan de Capacitación del año 2012.

La coordinación con otros establecimientos se realiza vía telefónica o fax y utilizando el Sistema SIDRA de reciente implementación y en sustitución del sistema REZEBRA¹⁵⁰.

Las comunicaciones internas formales se realizan por correo electrónico; el 80% del personal tiene mail. El sitio web institucional permite una serie de comunicaciones tanto con usuarios internos como externos; en ella se provee de información que se estima relevante para los usuarios y también para el cumplimiento de la normativa vigente. La apreciación general es que los sistemas informáticos son un importante apoyo a la gestión interna del EE.

En cuanto a los sistemas de apoyo a la gestión, estos pueden optimizarse, particularmente en cuanto contar con una base de datos centralizada que debiera alimentar todos los sistemas, lo que permitiría un mejor apoyo a la generación de información para la gestión. Los reportes actualmente se realizan en planillas Excel. Con todo, la información utilizada para estos fines se considera confiable, aun cuando es insuficiente.

Se ha adquirido un sistema de bodega y farmacia que les permitirá tener un mejor control sobre insumos y medicamentos en todas las unidades del EE.

Sistemas Internos: estos desarrollos han sido puntuales; se estima necesario el desarrollo de Ficha Clínica Electrónica única para todo el establecimiento, evaluándose la posibilidad de que sea un desarrollo interno. Sin embargo, no se cuenta con el personal necesario y capacitado.

HPH

Dese el inicio de sus funciones, la Dirección ha considerado el desarrollo de sistemas propios para informatizar los procesos de atención como parte de sus definiciones estratégicas y por tanto el Departamento de Informática tiene un importante rol, dando además soporte de hardware.

Cuenta con una amplia cartera de sistemas agrupados en HOSSHPH, que cumple las funciones de un HIS¹⁵¹. Los módulos que contiene son: Administración de Fichas Clínica, Atención Abierta (agenda), Atención Cerrada, Estación de Enfermería, Facturación y Recaudación, Pabellones, Anatomía Patológica, Farmacia.

¹⁵⁰ Sistema de empresa externa utilizado para la gestión de derivación y listas de espera.

¹⁵¹ HIS: “Hospital Information System”, nomenclatura con que se describen en forma genérica los sistemas de información hospitalaria.

Para las otras funciones genéricas ha adquirido sistemas de información de diversos proveedores, entre estos destaca Activo Fijo, Contabilidad Gubernamental, Conciliación Bancaria, Abastecimiento, Bodega, Banco de Sangre, Radiología, Laboratorio, Urgencia, Urgencia Pediátrica, Ficha Ginecológica y Recursos Humanos. Esta estrategia les ha permitido apoyar las necesidades locales en forma adecuada, contando con una parte importante de los procesos automatizados y con información centralizada y de calidad para la gestión y toma de decisiones.

Si bien cuentan con una Ficha Clínica Electrónica de proveedor externo (Galileo), esta sólo está implementada en el Servicio de Urgencia, siendo una necesidad el contar con esta solución en el resto de las unidades asistenciales del EE.

La capacitación requerida por su personal se refiere principalmente a tecnologías web, .net y java.

En cuanto a la coordinación con otros establecimientos, ésta no se apoya en sistemas informatizados, utilizándose teléfono y mail. Se está considerando la alternativa de desarrollar un sistema de referencia y contra referencia propio, el cual se comunique con el SIDRA a través de protocolos.

Las comunicaciones internas formales se realizan a través de correo electrónico. Se cuenta con un sitio web bien evaluado por el EE, de utilidad tanto para usuarios internos como externos. A través de él, la Unidad de Estadísticas publica en un sitio con acceso restringido para usuarios autorizados la información estadística y de producción mensual. Esto garantiza una alta confiabilidad en esta información, ya que provienen de una fuente única.

En cuanto a la información para la gestión, se carece de una base de datos centralizada, lo que permitiría un mejor nivel de información para estos efectos.

Uno de los problemas importantes que manifiestan es la dificultad para retener a sus profesionales, lo que afectaría su nivel de servicio sobre todo en cuanto a las aplicaciones de desarrollo interno. Actualmente tiene como función apoyar la explotación de los sistemas propios, de los adquiridos y los Gubernamentales.

8.2.2 Análisis y Evaluación:

Para enmarcar nuestro análisis y evaluación de los TIC's en los EE y para realzar su potencial, queremos presentar algunas observaciones y conclusiones de unos estudios realizados en los EEUU. Frente a la pregunta de investigación ¿Puede la Tecnología de la Información en Salud (TIS) bajar los costos y mejorar la calidad? surgieron las siguientes conclusiones:

- Adoptado de manera adecuada y en todo el sistema, las TIS ahorraría dinero y mejoraría significativamente la calidad del servicio de salud entregado
- El ahorro anual por eficiencia podría ser de US \$77 billones o más (en los EEUU)

- Los beneficios en salud y en seguridad podría duplicar los ahorros a la vez que reduce la enfermedad y prolonga la vida.

Otro reporte, solicitado por el Departamento de Salud de EEUU, basado en la evidencia práctica de 256 estudios sobre los costos y beneficios de sistemas de TIS, llega a la siguiente conclusión: *“Basado en modelos estadísticos y en análisis predictivo, las TIS tienen el potencial de posibilitar una transformación dramática en la entrega de cuidado, haciéndola más segura, más efectiva y más eficiente”*.¹⁵²

La realidad observada en los EE no difiere de la existente en la mayor parte de los establecimientos del SNSS¹⁵³, la cual se caracteriza por experiencias muy diversas en torno al tema de la informatización, dificultades en la implementación de sistemas entregados por el Nivel Central tanto por falta de capacitación de los funcionarios como por insuficiencia de recursos en los establecimientos y finalmente, caducidad u obsolescencia de los sistemas internos por falta de capacidades locales para sostener los desarrollos informáticos; a esto se suma la dificultad en la selección y financiamiento de sistemas externos. Esta situación se evalúa como una debilidad importante del Sistema Público de Salud, de la cual los EE no se excluyen ya que corresponden a políticas públicas sectoriales que en gran medida sobrepasan las capacidades o ámbitos locales.

Los recientes esfuerzos desde el MINSAL tienen su expresión en el sistema SIDRA y en la implementación del Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE) en el 2011, sistema encargado a empresa externa consistente en un servicio web que permite a los establecimientos integrar la información de lista de espera que actualmente mantienen en sus sistemas locales.¹⁵⁴ Cabe señalar que en el año 2009 se implementó otro sistema desarrollado por el MINSAL con el mismo fin, denominado “Registro de Información Único Nacional de Personas en Listas de Espera”¹⁵⁵.

La implementación de sistemas informáticos hospitalarios (HIS) ha sido por iniciativas de los SS y/u hospitales, sin poder evidenciarse una política definida desde el Nivel Central; ejemplos de estas iniciativas es el proyecto de informatización del SSMOCC, con su HIS y un Sistema de Planificación de Recursos Empresariales (ERP), proyectado para toda la red que incluye 7 hospitales.

De los tres EE, el HPH es el que más desarrollo ha tenido en este campo; como se señalara, todos ellos se enfrentan a una definición estratégica para la institución en cuanto al futuro del desarrollo informático, el que se ve limitado por falta de recursos financieros suficientes; las necesidades de su incorporación son cada vez mayores, dado el positivo impacto que tienen en la calidad, eficiencia y eficacia de su accionar.

¹⁵² Revisión documental formulario Nº 33

¹⁵³ Juicio experto GSC

¹⁵⁴ <http://www.ssvq.cl/WEB%20SIDRA/FINAL%20WEB/3.-SIDRA%20MINSAL-Normativa%20Listas%20de%20espera/RNLE%20Manual%20de%20Integraci%20n%20V6.pdf>. Manual de la empresa que desarrolló la solución. (Oct 2011)

¹⁵⁵ Web MINSAL Enero del 2009.

8.3 Hardware, redes y afines

Se analizan en conjunto los principales elementos que constituyen este aspecto en los tres EE, señalando cuando corresponda, las diferencias existentes:

Servidores: se considera que están con una carga adecuada a los sistemas actuales en uso.

Redes: son adecuadas a las necesidades de los EE, en el caso del CRSCO y CRSN tienen un cableado 5e.¹⁵⁶

Hardware: el CRSN considera que su equipamiento actual es el mínimo necesario para las funciones requeridas. En los otros EE este sería adecuado a los sistemas y funciones en uso. Cabe señalar que estos establecimientos adquirieron buena parte de su hardware como parte del equipamiento al momento de la puesta en marcha y por tanto, muchos de ellos son de aquella época, con 12 a 15 años de antigüedad, lo que para temas de hardware significa un alto riesgo de obsolescencia.

Estaciones de trabajo: son suficientes y adecuadas a las necesidades actuales; en el HPH se señala que algunas de ellas están bajo los estándares recomendados por los proveedores de algunas de las aplicaciones en uso.

Personal: CRSN: cuenta con una persona encargada de dar soporte, lo que se estima es insuficiente si se requiere abordar algunos desarrollos propios. El CRSCO cuenta con un técnico formado en el establecimiento a cargo del hardware y un ingeniero en informática encargados de todas las tareas. Se plantea la necesidad de capacitar al personal en el uso de nuevas tecnologías.

En el HPH, el personal es insuficiente, ya que está compuesto por un administrativo con estudios incompletos de electrónica, un técnico en computación y cuatro ingenieros en informática, los que efectúan las labores de: conectividad, seguridad, internet, correo y redes; contraparte con empresa externa para el soporte del Sistema Digital de Imagenología.

9 Infraestructura, equipamiento y gestión de mantenimiento:

Este es un aspecto que tiene un alto impacto en la satisfacción de los usuarios, así como en la calidad técnica del quehacer asistencial. Estas son instituciones donde el tema del mantenimiento es de alta relevancia por la necesidad de garantizar continuidad en los servicios básicos y por la existencia de equipamiento de alto costo.

¹⁵⁶ Se refiere a clasificación internacional de alta calidad del cableado en base principalmente a su capacidad de transmisión.

9.1 Infraestructura y equipamiento clínico asistencial:

Se describe y analiza este aspecto a partir de las observaciones efectuadas en terreno por los consultores así como de las entrevistas efectuadas a los respectivos responsables en cada EE.

CRSM

Se identifican falencias en el diseño arquitectónico que resulta inadecuado o insuficiente en cuanto a los requerimientos para la labor asistencial. Las nuevas áreas asistenciales desarrolladas en los últimos años han generado la necesidad de incorporar nuevos espacios e infraestructura, tales como la Atención de Urgencia Diferida y la Hospitalización de Corta Estada. La visión que se tiene del conjunto es que la no incorporación de estas áreas en el diseño original, ha llevado a un cambio en el tipo de construcción, con containers adaptados a los diferentes usos, así como a una relativa pérdida de la funcionalidad que originalmente pudo haber tenido. Se estiman como insuficientes especialmente las áreas clínicas asistenciales y de admisión. Sin embargo, no se cuenta con los recursos para este tipo de inversiones.

En este ámbito, cabe señalar el alto nivel de incertidumbre que existe en los directivos del CRSM respecto del impacto que tendrá la puesta en marcha del Hospital de Maipú, ya que se desconoce el perfil de dicho establecimiento y la relación funcional que tendrá, incluyendo los temas de infraestructura.

En cuanto al equipamiento, algunos equipos que tienen su origen desde la construcción del edificio están cayendo en obsolescencia y se hace necesaria una renovación, la cual no se puede realizar por falta de recursos financieros. Entre aquellos de las unidades de apoyo destaca el caso de autoclaves (esterilización).

Las áreas asistenciales tienen un equipamiento que en general se renueva de acuerdo a las necesidades, y las nuevas áreas asistenciales que son recientes, tienen equipos de tecnología avanzada. Sin embargo, en aquellos casos en que se requieren nuevas inversiones, la toma de decisiones está supeditada a los aportes que eventualmente signifique la puesta en marcha del Hospital Maipú.

CRSCO

Destaca por la calidad y armonía de su infraestructura así como del cuidado y mantención de dichos espacios. Con el Hospital L. Tisné se tiene una continuidad en la infraestructura que permite el acceso de uno a otro centro sin mayores dificultades. Se señala el desafío que ha significado la incorporación de nuevas áreas asistenciales dentro del edificio y las limitaciones que esta situación implica.

El equipamiento es bastante adecuado, con excepción de algunos aspectos puntuales como respaldo para equipos de aire acondicionado en pabellones. Los equipos de imagenología y

laboratorio son modernos, pero insuficientes para suprir la demanda existente; este punto se analiza junto con los procesos asociados a Productos Estratégicos.

HPH

El HPH ha tenido importantes modificaciones en su infraestructura, particularmente por la construcción de la Urgencia de Adultos que se inaugura el 2009; esta construcción sigue la misma lógica que las demás Urgencias, con su acceso individual pero dentro de la misma área de urgencias, donde se comparten ciertos servicios como por ejemplo la sala de reanimación.

Hay edificaciones y remodelaciones que se han llevado a cabo a través del convenio con la UDD y Clínica Alemana, las cuales se han integrado al modelo pre existente, con altos estándares de calidad y manteniendo la armonía del complejo:

- “Proyecto de Remodelación de Pabellones” que incluye equipamiento médico, por un monto total de M\$ 560.000
- Construcción de módulos docentes: áreas de clases y de estudio, box de atención de especialidades médicas (Oftalmología, Dermatología, Medicina Interna, entre otras) por una inversión de M\$ 1.000.000
- Ampliación de área estacionamientos con una inversión de M\$ 17.000

Estas iniciativas han mejorado la calidad de la atención, el desarrollo técnico y son un incentivo para los profesionales que allí laboran y han aumentado la satisfacción de sus pacientes. En tal sentido, es un modelo de asociación altamente valiosa y replicable, la cual es posible entre otros, por el marco legal que rige los EE.

9.2 Mantenimiento y logística:

El enfoque de este análisis está centrado en la capacidad de los EE de dar garantías de continuidad en los servicios logísticos y de apoyo básicos para el funcionamiento de los establecimientos frente a cualquier falla y así garantizar el cumplimiento de los PE definidos.

CRSM

Cuenta con 4 funcionarios en sistema de 4º turno y 3 en jornada diurna para efectuar las inspecciones de funcionamiento de instalaciones prioritarias (caldera, gases, aguas, electricidad). Además están disponibles para llamados a solicitudes de los servicios. Realizan las mantenciones programadas y aquellas que surgen como contingentes. Se señala la deficiencia en capacitación para resolver ciertas áreas como calderas, refrigeración e instalaciones sanitarias. No es posible disponer de un plan de mantenición preventiva más completo, por falta de recursos humanos y financieros.

Los temas de especialidad mayor los compran a empresas especializadas vía licitación. Esto ocurre principalmente con los equipos médicos, que en caso de falla, se llama a la empresa

correspondiente. Los equipos más sencillos y con tecnología genérica lo ve una empresa contratada para estos fines. También esa empresa realiza una mantención preventiva parcial, sólo de equipos críticos.

Cuenta con sistemas que permite la continuidad de atención al menos en las áreas claves:

- Grupo electrógeno
- UPS (baterías) en equipos de computación.
- Pozos de agua potable
- Tubos de gas, se ocupan siempre con uno de repuesto.
- Oxígeno, se ocupan dos, uno de repuesto.

Se estima que con estos respaldos el establecimiento puede asegurar su continuidad operativa desde el punto de vista del equipamiento y soporte. Una excepción a esto lo constituyen los compresores y las bombas de vacío que se señalan como factores críticos de riesgo actual.

CRSCO:

Sí existen condiciones implementadas en el establecimiento de manera que permiten la continuidad de su funcionamiento. Dispone de 2 funcionarios para las áreas de servicios generales y mantenimiento: 1 técnico electricista y 1 administrador público. Estas dos personas en conjunto con el Jefe de Operaciones, planifican, programan y gestionan la compra de servicios desde cosas menores hasta temas mayores, inclusive las remodelaciones que se llevan a cabo. Se considera inadecuada la capacitación y perfil de los profesionales a cargo de este tema, considerado de vital importancia en el CRSCO.

La estrategia de mantención del establecimiento a sus equipos e infraestructura es a través de un sistema de mantención preventiva, muchos de ellos con contrato con una empresa externa y otros con mantención preventiva puntual programada por el departamento de Operaciones.

Para otros equipos muy menores o con redundancia se permite una estrategia de mantención a la falla o reparativa.

Los equipos de alta complejidad tienen externalizada la mantención y la estrategia está orientada a cumplir con las exigencias que en este ámbito plantea la acreditación de prestadores de salud que ha definido el MINSAL.

Los sistemas logísticos que garantizan la continuidad de la atención están presentes:

- Grupo electrógeno, usado principalmente para emergencia y no en cogeneración. El equipo tiene cobertura para 75% del edificio, sin embargo algunos equipos por su nivel de demanda y calidad de energía eléctrica requerida, no pueden ser conectados a esta energía de respaldo.

- UPS (baterías) en equipos de computación.
- Tanques de agua potable que brindan autonomía para 1,5 días en caso de corte del suministro de agua.
- Aire y oxígeno
- Redundancia en accesos a Internet
- Y en general red de proveedores que pueden aportar con sistemas alternativos para seguir la operación en caso de fallas.

HPH

Esta área dispone de 4 funcionarios: dos ingenieros, un gásfiter y un técnico eléctrico. Se contratan servicios a empresas para obras menores los que realizan además la mantención preventiva. El Plan de Capacitación incluye la de este personal, para adecuarlo a las necesidades del establecimiento. Se valora la flexibilidad en la contratación de estos servicios cuando son requeridos.

El convenio con la UDD y Clínica Alemana ha significado aportes en infraestructura, sin embargo, los gastos de operación y mantención de dichos edificios es financiada y de responsabilidad del HPH.

La restricción financiera impide tener un plan de renovación de equipos y estos se reemplazan en la medida en que quedan en desuso. Este tema se considera como un potencial factor de riesgo para el adecuado funcionamiento del establecimiento.

Los sistemas de continuidad críticos están garantizados, entre otros:

- Grupo electrógeno
- UPS (baterías) en equipos de computación.
- Tanques de agua potable

9.3 Análisis y evaluación

La infraestructura de los EE en el caso del HPH y CRSCO, fue al momento de su construcción un modelo innovador en aspectos que fueron propiciados por el MINSAL así como de iniciativa propia, especialmente en el caso del HPH.

Son construcciones con espacios luminosos, circulación diferenciada para público y personal, instalación de unidades críticas y pabellones en planta baja, accesos diferenciados para las diferentes áreas de atención, especial consideración en su diseño de la satisfacción de las personas, tanto personal como usuarios, lo que se expresa en baños, salas de estar cómodas, altos estándares de calidad en su construcción y habilitación.

La descripción efectuada respecto de mantenimiento tiene como elemento positivo a destacar, que los sistemas críticos de servicios y logística están bien asegurados en los tres EE. Sin embargo, se carece en todos ellos de un Plan de Mantenimiento preventivo, básicamente por falta de recursos financieros; se aprecian diferentes grados de externalización de estas funciones, lo cual a juicio de los consultores es una estrategia adecuada y recomendable.

No es posible dimensionar el tema de la obsolescencia de equipos tanto del área logística como asistencial, sin embargo, en los tres EE este tema aparece reiteradamente como un riesgo potencial que como se ha comprobado, afecta los procesos de producción de los PE y demás actividades.¹⁵⁷

10 Recursos Humanos:

Este tema aparece como uno de los puntos más relevantes que diferencian el modelo de los EE con respecto de los EAR y demás establecimientos del Sistema Público de Salud, por lo cual se desarrolla en forma detallada; los aspectos legales que fueran analizados al inicio de esta área de evaluación, deben ser considerados para el análisis que se presenta a continuación, ya que la estructura y características aquí observadas, se explican a partir del modelo vigente.

A continuación se presentan los aspectos considerados relevantes en cuanto a la situación de RRHH de cada uno de los EE, ubicándose en Anexo 17 antecedentes complementarios respecto a este tema:

CRSM

En el CRSM hay al menos dos elementos que marcan el perfil del RRHH: en primer término el tener camas de hospitalización de corta estada y en segundo lugar, un Servicio de Urgencia, ambas situaciones requieren de personal que cubra las 24 horas los 365 días del año.

¹⁵⁷ Ver capítulo 3, acápite 4, sobre análisis de procesos asociados a PE.

Cuadro N° 32
Tipos de contratación según estamentos CRSM
Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

Estamento	Contrata		Planta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administrativo	26	16,25%			26	16,25%
Auxiliar	18	11,25%			18	11,25%
Directivo			5	3,13%	5	3,13%
Profesional	26	16,25%			26	16,25%
Profesional F.	28	17,50%	4	2,50%	32	20,00%
Técnico	53	33,13%			53	33,13%
Total general	151	94,38%	9	5,63%	160	100,00%

Elaboración propia GSC

Este establecimiento no tiene contrataciones a honorarios, siendo el 94% de los funcionarios a contrata con sólo 9 personas de planta, 5 de los cuales corresponden a cargos directivos.

Las horas extraordinarias están presentes sólo en el 38% de los funcionarios a contrata, que corresponden a 61 personas, de las cuales más del 50% son técnicos paramédicos y administrativos.

El número total de personal es bajo (160 personas), considerando la existencia del S. de Urgencia y la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía, así como el nivel de producción del CRSM.

Esta situación responde, a juicio de los consultores, a la realidad que debe enfrentar este establecimiento, junto con ciertas definiciones estratégicas que en torno a esta área ha tomado la Dirección:

- Por un lado la insuficiencia en la dotación de horas semanales, las que no han sido incrementadas a pesar de las nuevas líneas asistenciales desarrolladas¹⁵⁸ y el incremento en la producción¹⁵⁹, ha obligado a la contratación de personal a través del modelo de compra de servicios, lo cual a juicio de los consultores es adecuado en ciertos ámbitos (ver acápite siguiente), pero no para sostener unidades que son parte de la producción habitual y permanente, como la Urgencia y la Hospitalización, tal como ocurre actualmente en el CRSM. Las razones que fundamentan este juicio han sido presentadas en diferentes áreas desarrolladas en este estudio y se relacionan

¹⁵⁸ Se refiere a Hospitalización de Corta Estadía, ampliación de la Cirugía Mayor Ambulatoria y de la oferta en especialidades.

¹⁵⁹ Ver Área de Evaluación “Uso de Recursos”.

básicamente con la alta rotación del personal¹⁶⁰, lo cual implica un esfuerzo de inducción permanente y por otro lado, afecta la calidad asistencial. La evaluación que hace el propio EE de esta situación se expresa en el deseo de modificarla, para pasar a este RRHH a calidad de contrata.

- Un segundo aspecto a señalar, es el hecho de que el CRSM ha definido una política en el área de producción que está fuertemente orientada a disminuir las brechas de oferta y demanda, aumentar la oferta en áreas críticas, ampliar la cartera de servicios y apoyar a otros SS y municipalidades en proyectos que son beneficiosos para ambas partes. Esta definición se considera positiva y replicable, toda vez que:
 - La contratación de servicios profesionales resuelve un tema que tiene sus orígenes en el mercado de los RRHH en salud, particularmente en la RM, que no solo dice relación con una baja disponibilidad y alta concentración en el sector privado, sino también con las expectativas de remuneración de este grupo de profesionales, que no sólo incluye médicos sino también otros profesionales de la salud como odontólogos, enfermeras y tecnólogos médicos en particular¹⁶¹.
 - La flexibilidad para la aplicación de programas asistenciales específicos y acotados en el tiempo, es una ventaja comparativa valorada, ya que por un lado las demandas en salud están fuertemente definidas por temas estacionales y por otro lado, una de las formas de enfrentar las listas de espera es a través de programas y operativos que focalizan su accionar en determinados grupos poblacionales y determinadas patologías. Este modelo lo aplica el CRSM en varias áreas, a través de la contratación de servicios profesionales.

La situación de RRHH del CRSM son reflejo entonces de la dotación insuficiente que tiene y por otro lado, de definiciones efectuadas por la Dirección del establecimiento; a juicio de los consultores, en gran medida estas definiciones han permitido el cumplimiento de los PE.

Como se explicita en el área de evaluación “Uso de Recursos”, la actual itemización del gasto en RRHH contratados a través del ítem 22, distorsiona el análisis del gasto en esta área si se mira solamente a través del ítem 21.

CRSCO:

Este establecimiento tiene respecto de los otros EE la particularidad de no contar con Servicio de Urgencia ni hospitalización, lo cual genera un requerimiento de RRHH diferente.

¹⁶⁰ Hace referencia a la salida de funcionarios del servicio

¹⁶¹ Juicio experto GSC y según relato de los entrevistados.

Cuadro N° 33
Tipos de contratación según estamentos CRSCO
Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

Estamento	Contrata		Honorarios		Planta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administrativo	29	9,7%	41	13,7%			70	23,3%
Auxiliar	21	7,0%	9	3,0%			30	10,0%
Médico	40	13,3%	10	3,3%	2	0,7%	52	17,3%
Otros Profesionales	51	17,0%	36	12,0%	7	2,3%	94	31,3%
Técnico	11	3,7%	43	14,3%	0	0,0%	54	18,0%
Total general	152	50,7%	139	46,3%	9	3,0%	300	100,0%

Elaboración propia GSC

Tal como se observa, el modelo de contrataciones es muy diferente a los otros EE, siendo el % de cargos a honorarios muy destacada para estamentos asociados principalmente a la labor asistencial: un 53% de éstos están destinados a funciones asistenciales directas y un 35% a labores administrativas asociadas a la actividad asistencial¹⁶². En cuanto a las horas extraordinarias, hay sólo 16 personas a contrata con esta modalidad.

El hecho de ser un centro ambulatorio de especialidades con un importante desarrollo de áreas asistenciales realizadas por profesionales no médicos, explica que este estamento tenga un peso relativo importante, ya que constituyen 87 personas y los médicos 50.

El escenario observado es consistente con las referencias efectuadas por su Directora y el Jefe de RRHH en cuanto a que las normativas que regulan el RRHH en el CRSCO no han sido modificada a pesar de reiteradas solicitudes, lo cual ha obligado a contrataciones por vía de honorarios para el desarrollo de nuevos programas y dar respuesta a las mayores demandas de la población usuaria. Se aplican en este caso, los mismos elementos de contexto que los señalados para el caso del CRSM, en cuanto a la disponibilidad y expectativas de remuneraciones del personal de salud.

La relación con el H. L. Tisné genera una modalidad particular por cuanto los profesionales comparten jornadas en ambos establecimientos bajo modalidades contractuales diferentes.

HPH:

El hecho de ser éste un hospital con más de 380 camas y 25.000 egresos anuales, así como ofrecer atención de urgencia en las tres especialidades básicas: adultos, niños y de la mujer,

¹⁶² Datos elaborados a partir dela información de la página web institucional Oct. del 20011

define el perfil de RRHH y una diferencia marcada respecto de los otros dos EE, entre otros porque se trata de aproximadamente 1.500 funcionarios.

Cuadro N° 34
Tipos de contratación según estamentos HPH
Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

Estamento	Contrata		Honorarios		Planta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administrativos	119	6,0%	4	0,2%	83	4,2%	206	10,4%
Auxiliares	95	4,8%	50	2,5%	91	4,6%	236	11,9%
Directivos					7	0,4%	7	0,4%
Médicos	283	14,2%	129	6,5%	84	4,2%	496	24,9%
Otros profesionales	181	9,1%	87	4,4%	162	8,1%	430	21,6%
Técnicos	297	14,9%	81	4,1%	236	11,9%	614	30,9%
Total general	975	49,0%	351	17,6%	663	33,3%	1.989	100,0%

Elaboración propia GSC

La distribución de los RRHH de acuerdo a estamento se observa balanceada, en el sentido de disponer de mayor número de personas que cumplen funciones en la labor asistencial directa y aquellas de apoyo. Esto se refiere a técnicos, profesionales no médicos y médicos. Es consistente con el giro del negocio y responde a los PE que ha definido el HPH.

Los cargo de planta y contrata son los más numerosos, dando estabilidad contractual a estos funcionarios, muchos de los cuales iniciaron sus funciones en el HPH antes de ser catalogado como EE. Este aspecto se considera como una de las fortalezas de la gestión en cuanto a RRHH, ya que son personas que se han involucrado en el proyecto experimental desde sus inicios.

Los cargos a honorarios representan un 17,6% y es muy probable que esta proporción sea variable, ya que las contrataciones a honorarios responden a requerimientos específicos y acotados en el tiempo, todos ellos asociados a programas asistenciales. Se ha debido recurrir a esta modalidad para suplir deficiencias en recursos críticos, especialmente en horas médicas en especialidades con oferta limitada en la RM; la situación de remuneraciones del HPH que ha sido reseñada en el primer capítulo de esta área de evaluación, ha generado éxodo de profesionales, los que han debido ser contratados en esta modalidad para poder mejorar el nivel de remuneraciones.

En cuanto a las horas extraordinarias, este es un aspecto relevante, ya que en el modelo tradicional las horas extraordinarias suelen ser muy importantes y significan un gasto

relevante dentro de ítem 21¹⁶³ En el HPH, la normativa que rige este recurso hace innecesario el cubrir horas no diurnas a través de esa modalidad; se reserva esta modalidad sólo para casos puntuales.

Cuadro N° 35
Tipo de contratos y Horas Extraordinarias HPH
Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

Tipo de contrato	Horas Extraordinarias					
	Sin		Con		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Planta	578	87%	85	13%	663	100%
Contrata	918	94%	57	6%	975	100%

Elaboración propia GSC

10.1 Análisis y evaluación:

En diversas experiencias a nivel internacional de reformas y de implantación de nuevos modelos de gestión en el área salud, los RRHH, motivados por el compromiso con el trabajo, con una visión de futuro, que cuentan con una política de formación y capacitación en pos de la mejora continua para responder a las necesidades de salud de la población, son considerados como un factor absolutamente crítico para el éxito de cualquier programa de mejoras¹⁶⁴.

La descripción realizada junto con los antecedentes y análisis efectuado respecto del marco legal de los EE y su impacto en RRHH, permiten una visión amplia respecto de este tema de tan alta relevancia en el sector salud, por tratarse de un rubro de prestaciones de servicios y por tanto, dependiente de su RRHH¹⁶⁵.

A continuación se destacan aspectos no contenidos en desarrollos anteriores:

- Se concluye que las competencias para las funciones que se deben cumplir, especialmente en torno a los productos estratégicos, están adecuadamente cauteladas, particularmente en las áreas asistenciales. En el área no asistencial ya han sido descritas algunas falencias en cuanto a suficiencia y competencias para el adecuado desempeño del cargo¹⁶⁶; sin embargo, se considera que las áreas

¹⁶³ Como referencia, el Hospital de Temuco a igual fecha y de la misma fuente, aparece con un 49% de los funcionarios de planta y un 47% de los de contrata con horas extraordinarias.

¹⁶⁴ Revisión documental formulario N° 28, 29 y 36 que sustentan esta afirmación.

¹⁶⁵ Revisión documental formulario N° 40 sobre “La importancia de la gestión de RRHH en salud. EEUU”.

¹⁶⁶ Ver capítulos 8 y 9 relacionados con TIC's y Mantenimiento.

estratégicas que comprometen cargos directivos y de mandos medios tanto de áreas asistenciales como administrativo-financieras están adecuadamente cubiertas.

- Los programas de capacitación e inducción del personal se evalúan positivamente, toda vez que éstos tienen una alta cobertura, incorporan estrategias innovadoras en cuanto a convenios con entidades privadas y públicas y surgen de procesos participativos con todos los estamentos.
- El modelo de calificación del personal corresponde al de toda la administración pública para el caso de los CRSM y CRSCO; el HPH ha diseñado su propio modelo, que es evaluado positivamente ya que cumple con los criterios de focalización en los aspectos más relevantes del desempeño y la modalidad de aplicación está normada y resulta de fácil uso.
- Los tres EE tienen una unidad funcional (Departamento o Gerencia) a cargo de RRHH; se evidencia a través de las entrevistas, que las personas responsables tienen experiencia de larga data en el área de RRHH del sector salud, tema a destacar positivamente, ya que es un área compleja dentro de la administración pública.
- La gestión de este recurso tiene algunas áreas consolidadas y de desarrollo estable como son el tema capacitación, inducción, calificación, entre las más destacadas y que ya fueran mencionadas; y otras que son de coyuntura, dinámicas, básicamente relacionadas con la necesidad de satisfacer los requerimientos de profesionales y no profesionales para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, así como la relación con los gremios y demás instancias de participación. Estos son aspectos en los que se aprecia por parte de los encargados, un alto grado de manejo de las disposiciones vigentes y el impacto que ellas tienen en la organización. En el contexto descrito, la planificación en cuanto a dotación y proyección de RRHH resulta una tarea con altos grados de incertidumbre.
- En cuanto a la organización del RRHH, el reglamento establece la estructuración formal de estos recursos y la organización y distribución funcional se realiza en forma conjunta con las diferentes unidades intermedias y de dirección. Se considera una ventaja la flexibilidad y dinámica que este proceso tiene en los EE y el alto grado de participación y liderazgo que ejercen los mandos medios en la gestión de este recurso.

Capítulo 4

Área de Evaluación: “Comparación Global de Desempeño”

1 Comparación de los EE con CRS no experimentales y Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)

La hipótesis planteada en esta evaluación es la siguiente:

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 sanitario en términos de satisfacer necesidades y expectativas en salud, de la población beneficiaria que los CRS no experimentales y los EAR.

Se considera que esta comparación tiene limitaciones, por cuanto los EE han sido sometidos a una evaluación individual siguiendo la metodología definida por DIPRES en su modelo “Evaluación Comprehensiva del Gasto”, la cual es exhaustiva en temas como diseño institucional, gestión financiera y gestión y organización, temas que no se tocan en este análisis comparativo.

Además de ello, la consultora ha incorporado tres elementos de análisis y evaluación adicionales: Diagnóstico comunicacional de la organización; Encuesta de usuarios internos y Encuesta de usuarios externos, que tampoco han sido aplicados a los otros establecimientos.

La incorporación de estas áreas dice relación con las siguientes consideraciones:

- dado que la atención en salud es un servicio intensivo en RRHH en contacto directo con sus beneficiarios, sus resultados están fuertemente vinculados a los factores que inciden en el comportamiento de los que laboran en dichas instituciones; estos factores son tanto de tipo individual como colectivo
- están ambos influenciados por el modelo en que se gestiona institucionalmente este recurso y la gestión organizacional que la institución se ha dado

Los dos primeros instrumentos permiten incursionar en estos ámbitos; y la encuesta de usuarios externos nos da una apreciación respecto del impacto que la gestión institucional tiene sobre el usuario final.

Se agrega una revisión documental en torno a temas relacionados con la evaluación del desempeño de los EE, a objeto de tener un marco referencial con el cual contrastar la realidad observada en estos tres establecimientos.

De esta forma, **la comparación se realiza exclusivamente a través de indicadores** que cubren diversas áreas, básicamente orientados a procesos y resultados, quedando por tanto los no EE en una condición desigual respecto de los antecedentes que se han evaluado en los EE y

que se tienen presentes al momento del análisis. A pesar de ello, se considera de validez el ejercicio comparativo, siempre y cuando se tengan presentes las limitaciones señaladas al momento de buscar conclusiones, en particular en un ámbito complejo como es la gestión de establecimientos de salud.

1.1 Metodología utilizada para la selección de los EAR

Para efectos de definir los establecimientos CRS y EAR a utilizar para fines comparativos, se aplicó una metodología diferente en ambos casos, la cual se describe a continuación. Todos los cuadros son de elaboración propia de GSC y los datos han sido todos de fuentes oficiales como se especifica en cada caso.

1.1.1 Definición de establecimientos CRS de comparación:

El levantamiento efectuado respecto de los CRS existentes en el país muestra que éstos son 8. De estos, 5 de los cuales se encuentran en la RM, descartándose uno de ellos por no corresponder a la cartera de servicios de un CRS, cual es el caso del Centro de Atención Odontológica de Valparaíso catalogado por el MINSAL como CRS.¹⁶⁷

El primer criterio utilizado dice relación con la **red asistencial y las características de la población** beneficiaria, según se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 36
CRS y características de la Red Asistencial

Servicio de Salud	Nombre	Características de la red
M. Sur Oriente	CRS San Rafael	urbana / alta densidad poblacional
M. Central	CRS Maipú	urbana / alta densidad poblacional
M. Oriente	CRS C. Oriente	urbana / alta densidad poblacional
M. Occidente	CRS S. Allende	urbana / alta densidad poblacional
M. Sur	CRS El Pino	urbana / alta densidad poblacional
Antofagasta	C. Asistencial Norte	componente rural / baja densidad
Araucanía Sur	CRS Miraflores	componente rural / baja densidad

Elaboración Propia GSC

Con estos antecedentes, se descartan los CRS de Antofagasta y Araucanía Sur.

Como siguiente criterio, se contempló el **modelo de gestión**, particularmente en cuanto a su relación con otro hospital: el CRS El Pino está adosado al hospital del mismo nombre y está

¹⁶⁷ Ver DEIS año 2011

bajo la misma tuición directiva, lo cual lo diferencia del CRSCO y CRSM y por tanto se descarta.

Así, sólo es posible realizar la comparación con el CRS Pudahuel del SSM Occidente y con el CRS San Rafael del SSMSO, cuyas **carteras de servicios** son similares, a excepción de la existencia de un Servicio de Urgencia tanto en el CRSM como en el CRS San Rafael.

Las diferencias encontradas en cuanto a indicadores trazadores utilizados para los análisis complementarios se encuentran en Anexo N° 1.

1.1.2 Definición de establecimientos hospitalarios de comparación:

Se utilizaron dos perspectivas de análisis para esta definición:

Primera: se considera adecuado que hayan transcurrido 3 años con el modelo de gestión EAR en aplicación para poder validar los resultados y por tanto este es el criterio discriminador principal

Segunda: se consideran las variables que a juicio de GSC son relevantes para cualquier modelo comparativo de resultados de la gestión de un centro asistencial hospitalario. A estas variables se le agregará como criterio adicional, el año en que se obtuvo el carácter de EAR.

Primer enfoque de análisis:

El siguiente cuadro muestra el mecanismo y año en que los EAR fueron catalogados como tales:

Cuadro N° 37
Establecimientos Auto gestionados en Red – EAR
Año y tipo de asignación

Año EAR	Nº de hospitales	Tipo de asignación EAR	Servicio de Salud	Nombre del Establecimiento
2005	1	EAR por concurso	M. Norte	Instituto Nacional del Cáncer
2006	1	EAR por concurso	M. Oriente	Luis Calvo Mackenna
2007	2	EAR por concurso	M. Oriente	Instituto Nacional del Torax
		EAR por concurso	Araucanía Sur	Temuco
2008	3	EAR por concurso	M. Norte	Instituto Psiquiátrico
		EAR por concurso	M. Sur	El Pino
		EAR por concurso	M. Oriente	Luis Tisnér
2009	2	EAR por concurso	Aconcagua	San Juan de Dios Los Andes
		EAR por concurso	M. Occidente	Instituto Traumatológico
2010	2	EAR por concurso	M. Sur	Exequiel González
		EAR por concurso	Ñuble	Herminda Martín
2010	46	Por ministerio de la ley		

Fuente: Información entregada por DIPRES

Como se observa en el Cuadro, del primer grupo que adquirió esta condición por concurso, hay dos establecimientos del año 2010 y dos del 2009, condición que según lo definido para este modelo de análisis, excluiría a estos 4 establecimientos que son: San Juan de Los Andes,

Instituto Traumatológico, Exequiel González y Herminda Martín; a estos se agregan los 46 restantes que son todos del año 2010. Con esto, la muestra se reduce a 7 EAR.

Como segundo criterio se utilizó la **población beneficiaria** y las características de los EAR en cuanto a su **cartera de servicios** y su **inserción en la red asistencial**. Los resultados de este análisis se muestran en Anexo N° 2.

Los Centros de Referencia Nacional no tienen por definición una población beneficiaria identificable desde el punto de vista cuantitativo, situación que junto con la especificidad de su cartera de servicios, se descartaron para efectos comparativos con el HPH. El Hospital L. Tisné es un caso particular, ya que perteneciendo a la red del SSM Oriente, comparte su cartera de servicios con el Hospital Del Salvador, lo cual hace difícil inferir población beneficiaria.

En cuanto a población beneficiaria, el que más se acerca a aquella del HPH es el Hospital El Pino de la RM; el Hospital de Temuco es hospital base del SS Araucanía Sur, lo cual explica la mayor cantidad de población a su cargo.

La propuesta en este primer enfoque, contempla el análisis comparativo con los Hospitales El Pino y Regional de Temuco.

Segundo enfoque de análisis:

Se utilizan los siguientes criterios para el análisis:

- cartera de servicios
- producción hospitalaria
- población beneficiaria
- año / criterio de EAR

Hubiera sido deseable incluir el número de camas como un criterio de “tamaño” del establecimiento, sin embargo, esto a juicio de GSC no parece posible, principalmente por los efectos que tuvo el terremoto del 2010 y la disponibilidad y confiabilidad de la información de años anteriores.¹⁶⁸

Cartera de Servicios: se excluyen los establecimientos EAR que son centros de referencia nacional así como el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) por ser un establecimiento de atención de urgencia exclusivamente.

Producción hospitalaria: se utilizó el producto más característico de los hospitales cual es el egreso hospitalario. Se utilizaron para estos efectos los datos más recientes del MINSAL y que corresponden al año 2008.¹⁶⁹

¹⁶⁸ GSC ha buscado y revisado en forma exhaustiva información pública sobre camas hospitalarias en uso en la red pública de salud, sin encontrar datos recientes y a su juicio confiables como para incorporarlos en este análisis.

¹⁶⁹ Se utiliza ese año, ya que las estadísticas más actualizadas en este tema que pone a disposición el MINSAL a través del DEIS son del año 2008.

Se aplicó un margen de 20% para el análisis de los egresos, quedando seleccionados los hospitales que se muestran en el Anexo N° 3

Población beneficiaria: para este análisis se aplicó el mismo criterio que en el caso precedente, incorporando un margen de 20%, lo cual entregó como resultado los establecimientos susceptibles de comparación que se presentan en Anexo N° 4.

Condición de EAR: al evaluar esta situación se observa que los hospitales que se presentan a continuación son todos elegibles:

Cuadro N° 38
Población beneficiaria y año EAR

Establecimiento	Pobl. Benef.	Año EAR
Valdivia	317.537	2010
V. R. Ruiz Los Ángeles	315.095	2010
Puerto Montt	299.744	2010
Herminda Martín	399.657	2010

Elaboración Propia GSC

Con respecto a estos hospitales, caben algunas consideraciones:

El hospital de Valdivia es sede de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral, lo cual le da una connotación particular, dada la existencia de un alto número de personal que no siendo parte de la dotación, participa en labores asistenciales. Esta situación también se hace presente en el HPH pero en proporción mucho menor.

Los tres otros establecimientos comparten la característica de ser hospitales base de los SS correspondientes. Cualquiera de ellos pudiera ser utilizado para efectos comparativos.

Perspectiva de GSC respecto del tema analizado

En la valoración que hace GSC respecto de este análisis, el punto central lo constituye la validez de la información y de los datos para un estudio comparativo como éste. En tal sentido, la información que pueda entregar un modelo de gestión que sólo tiene un año de vigencia, no puede considerarse como una “constante” ni ser proyectado, ya que puede obedecer a factores circunstanciales, particularmente si a ello se suma que hablamos del sector salud. Cabe además señalar, que en inicios del año 2010 está el terremoto del 27 de febrero, que sobre todos los establecimientos que quedan como opciones en el segundo modelo, tuvo impactos, en mayor o menor grado.

Se concluye por tanto, que el primer enfoque metodológico es el más adecuado y el que esta consultora propone para los fines comparativos con el HPH.

1.1.3 Conclusiones respecto de los establecimientos a utilizar:

Tanto la metodología aplicada como la propuesta que aquí se presenta fueron conocidas tanto por DIPRES como por los EE, sin que se hicieran objeciones a su respecto.

De esta forma, los estudios comparativos se realizarán con respecto a los siguientes establecimientos:

CRS: San Rafael de La Florida y Salvador Allende de Pudahuel

EAR: Hospital El Pino de la RM y Hospital Regional de Temuco.

1.2 Análisis comparativo: áreas sujetas a evaluación

Para este análisis se han seleccionado indicadores que cubren las siguientes áreas:

- Producción de Servicios
- Gestión clínica y asistencial
- Área de RRHH
- Calidad y satisfacción usuaria
- Área financiera

La presentación de los resultados se realiza inicialmente para los CRS y luego para los hospitales, en el orden de las áreas evaluadas recién presentadas, con excepción del área financiera, donde se ha considerado pertinente el análisis secuencial por indicador de ambos tipos de establecimientos, CRS y hospitales.

Un grupo importante de indicadores se presentan en tasas¹⁷⁰ por población beneficiaria¹⁷¹; todos ellos se analizan anualmente en el período 2007 a 2011, por año. Todos los gráficos y cuadros son elaboración propia de GSC a partir de los datos entregados por los respectivos establecimientos, entre los que se encuentran los datos de producción y demás indicadores utilizados (Ver Anexo N° 5) y para el caso de la producción de los Servicios de Urgencia se utilizó los Reportes Estadísticos Mensuales (REM) entregados por los establecimientos. Para la información de orden financiero se utilizó exclusivamente el SIGFE.

¹⁷⁰ Las tasas son por 1.000 beneficiarios FONASA

¹⁷¹ FONASA: Población beneficiaria publicada en sitio web institucional

1.3 Análisis de los CRS

Este se realiza a partir de tasas de producción y otros indicadores entregados por los establecimientos; en este contexto parece pertinente revisar las estimaciones de población beneficiaria que realiza el FONASA por la incidencia que tienen en los cálculos de las tasas y aporte al análisis.

Cuadro N° 39
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

Elaboración Propia GSC

Las poblaciones tienen variaciones que para efectos de este estudio se consideran poco determinantes, con excepción de las siguientes:

CRSCO: la población beneficiaria estimada entre el año 2007 y el 2010 muestra un aumento del 26.2%

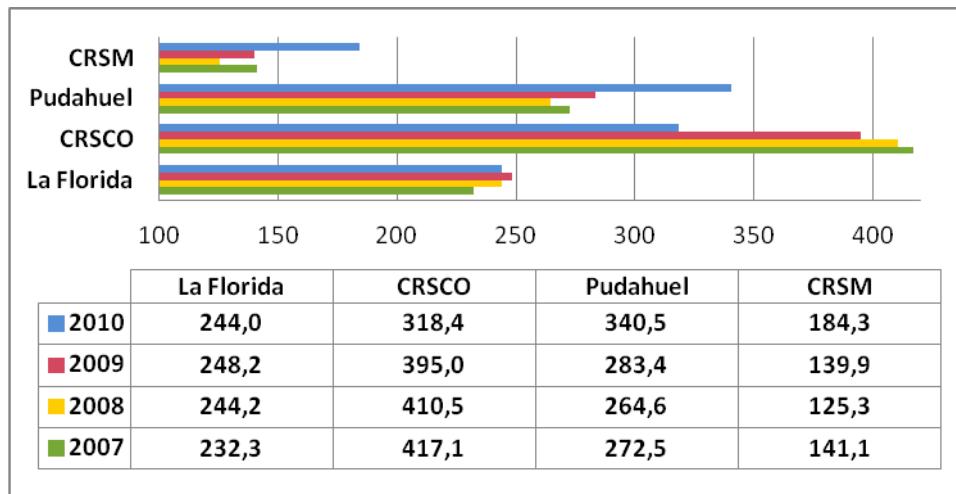
CRSM: disminuye en un 36% entre el 2009 y el 2010, con la estimación más alta el año 2009.

Pudahuel: el 2010 se observa una disminución de la población de un 17% respecto del año anterior.

1.3.1 Producción de Servicios:

A continuación se describen y analizan las principales líneas de productos tomadas para el análisis:

Gráfico N° 3
Tasa de Consultas Ambulatorias CRS
Años 2007 a 2010

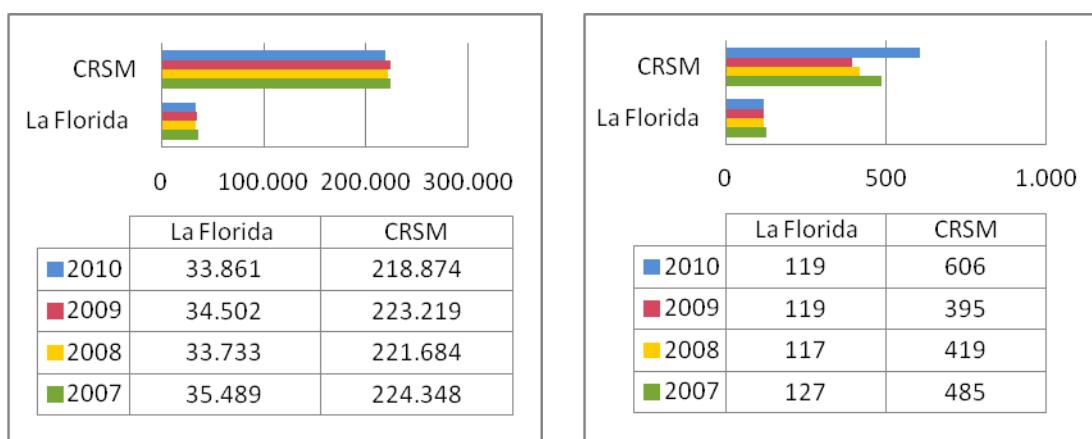


Esta es una actividad que podría considerarse prácticamente 100% dependiente del recurso “horas médicas”.

El CRS Pudahuel y CRSCO, que muestran las tasas más altas, no tienen Servicio de Urgencia, lo cual permite concentrar los recursos en áreas de atención ambulatoria programada; como se ha señalado con anterioridad, la existencia de este tipo de atención significa un consumo importante de recursos. Este hecho pudiera explicar los resultados observados.

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.

Gráfico N° 4
Atenciones de Urgencia CRS
Número de Atenciones y Tasas por población beneficiaria
Años 2007 a 2010



La atención de urgencia se caracteriza por no ser programable, ya que responde a la demanda; esta a su vez se ve afectada por la oferta en este tipo de prestaciones dentro de la red. La alta producción en esta área implica un gasto muy relevante dentro de los establecimientos de salud.

El CRSM es destacado por su actividad en el área de las urgencias, por sobre la actividad del CRS de comparación.

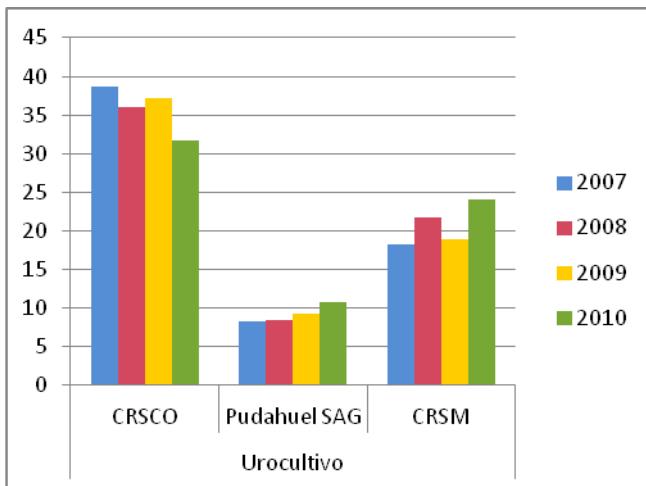
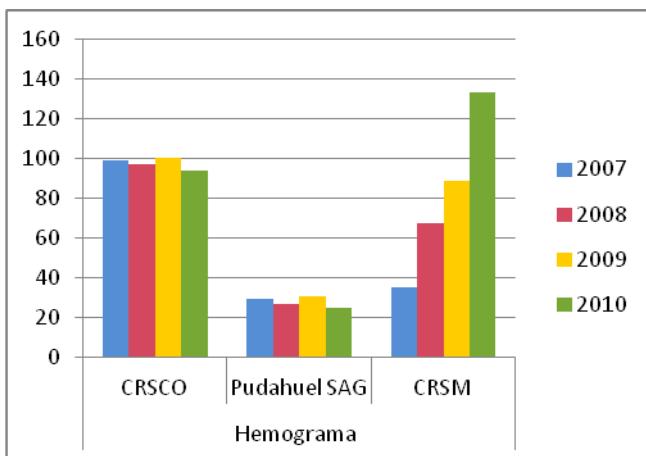
Las marcadas diferencias observadas pudieran tener su explicación en dos hipótesis:

- La red de urgencia del SSMC tiene como su pilar fundamental para satisfacer la demanda al CRSM, el que tiene la actividad asistencial más numerosa de toda la red para este tipo de atención¹⁷². Los niveles de producción en esta área son muy relevantes y tienen un alto impacto financiero para el establecimiento.¹⁷³
- La comuna de La Florida tiene una mayor proporción de población adscrita a seguros privados y existe por tanto una oferta privada significativamente mayor que en las comunas del CRSM.

¹⁷² Ver en Área de Evaluación “Gestión y Organización” la entrevista realizada a Subdirectora del SSMC y los análisis de red asistencial efectuados en el Área de Evaluación “Diseño Institucional” de la presente evaluación.

¹⁷³ Ibid

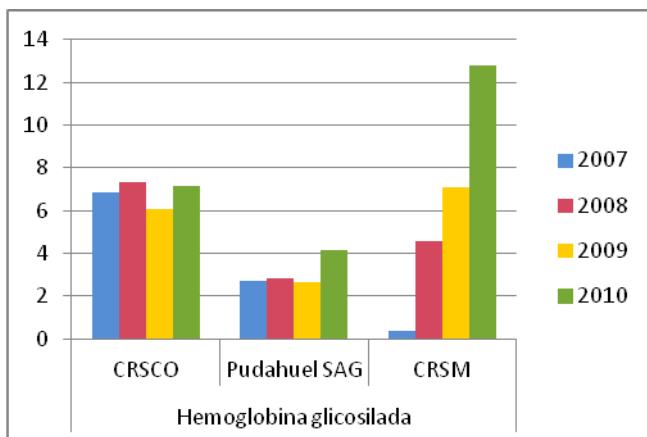
Gráfico N° 5
Producción de Laboratorio CRS
Exámenes trazadores
Años 2007 a 2010



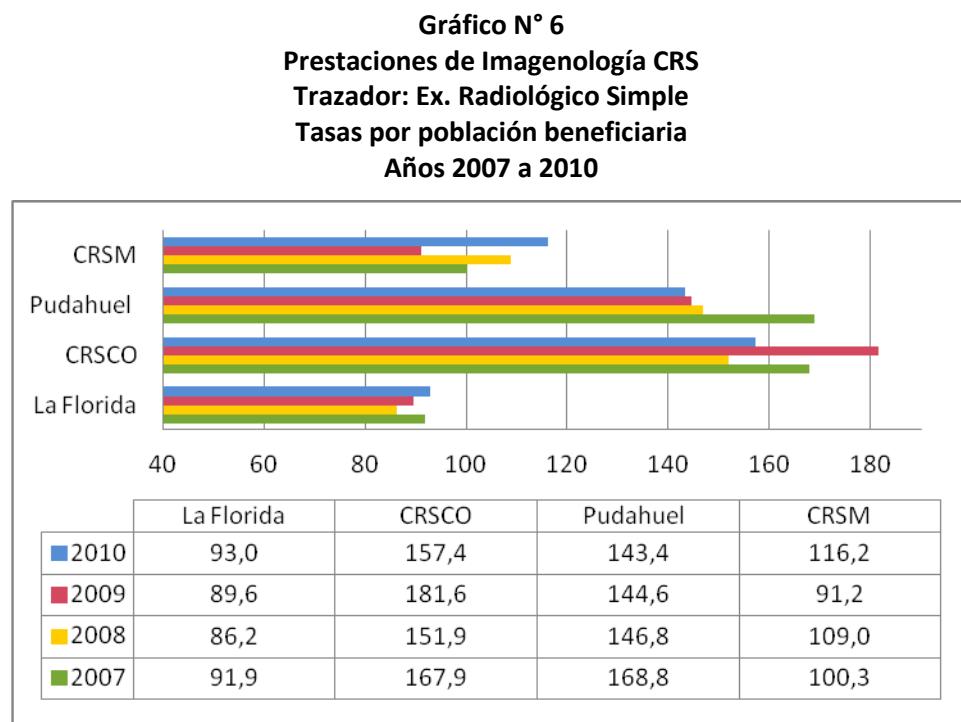
En el contexto de establecimientos públicos como los evaluados, la disponibilidad de prestaciones de Laboratorio tiene una alta relevancia en la calidad de la atención, en oportunidad y satisfacción de los usuarios, por cuanto optimiza la calidad técnica al aportar elementos para el diagnóstico y tratamiento; por otro lado, facilita los procesos asociados a este tipo de actividad, lo cual significa un claro beneficio para el paciente; por estas razones, estos indicadores se consideran pertinentes en esta evaluación. En situaciones en que existe una oferta ilimitada, una tasa de consumo baja podría implicar una mejor gestión, situación que a juicio de los Consultores no ocurre en estos establecimientos.

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

En el caso del CRSCO, esta área tiene un alto desarrollo, ofreciendo una amplia oferta en este tipo de

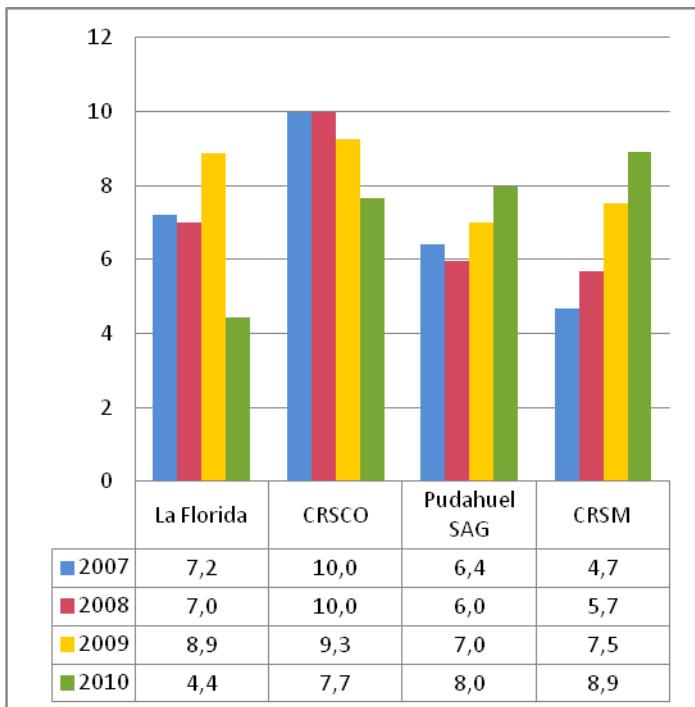


prestaciones; las altas tasas observadas están influidas por el hecho de cubrir también la demanda del H. Luis Tisné. En cuanto al CRSM, ha sido una estrategia del establecimiento el desarrollo progresivo y constante de esta área de apoyo, lo cual se verifica con los crecimientos en la producción en los años observados.

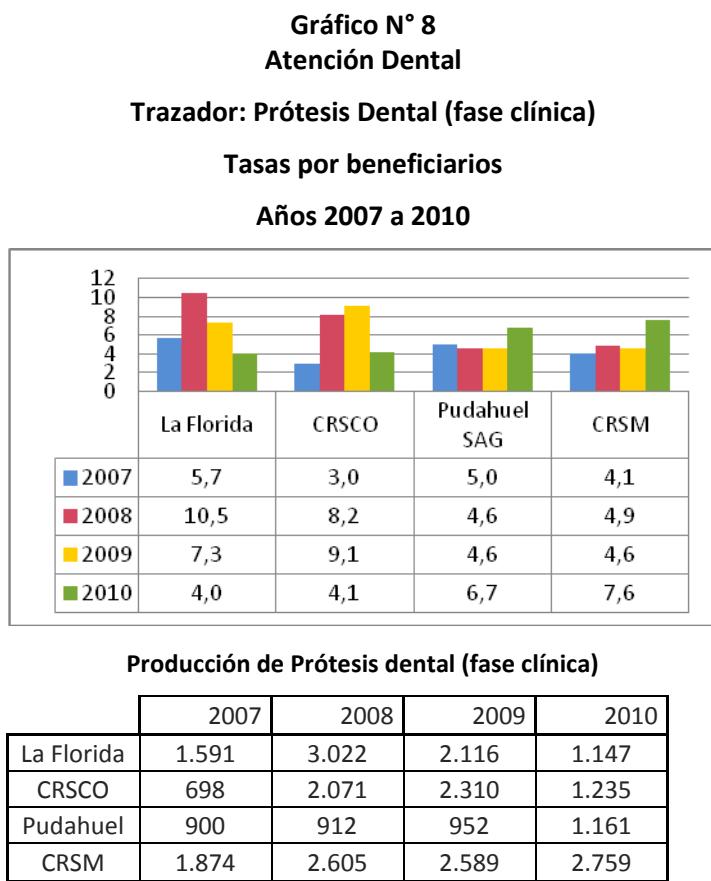


Las prestaciones de imagenología son un componente importante en la atención médica. El CRSCO tiene altas tasas entre otros, porque cubre la demanda del H. Luis Tisné; destaca la alta producción del CRS Pudahuel, la cual sin embargo tiene una tendencia a disminuir en los años observados. CRSM y La Florida tienen una tendencia al aumento.

Gráfico N° 7
Cirugía Ambulatoria
Tasas por beneficiarios
Años 2007 a 2010



Este tipo de actividad ha sido fuertemente impulsada por el MINSAL, dado su impacto y positiva relación costo/beneficio. En términos de tasas, el aumento observado en el CRS M ha sido producto de una estrategia definida por el establecimiento, la cual se ha viabilizado a través de la compra de servicios profesionales. Lo observado en el CRSCO, además de lo señalado para el CRS M, responde al fuerte énfasis otorgado a la ambulatorización; no queda clara la situación que explica la baja en las tasas el 2010 y en menor grado, en los años anteriores. En términos absolutos, los 4 CRS tienen una baja en su producción en el años 2010, particularmente La Florida con una reducción del 50%, siendo muy menor en el caso del CRS Pudahuel.



La disminución en la actividad que se registra en el 2010 en los CRS, con excepción del CRS y Pudahuel, tiene como posible explicación el déficit de recursos financieros, asociado a una baja competitividad en las remuneraciones ofrecidas por los establecimientos para profesionales del área odontológica.

El CRS ha incrementado su producción a través de la compra de servicios profesionales, a partir de una definición estratégica del EE; esta línea de producción es uno de los Productos Estratégicos del CRS tanto en la atención programada como de urgencia. Tiene la mayor producción acumulada en el período

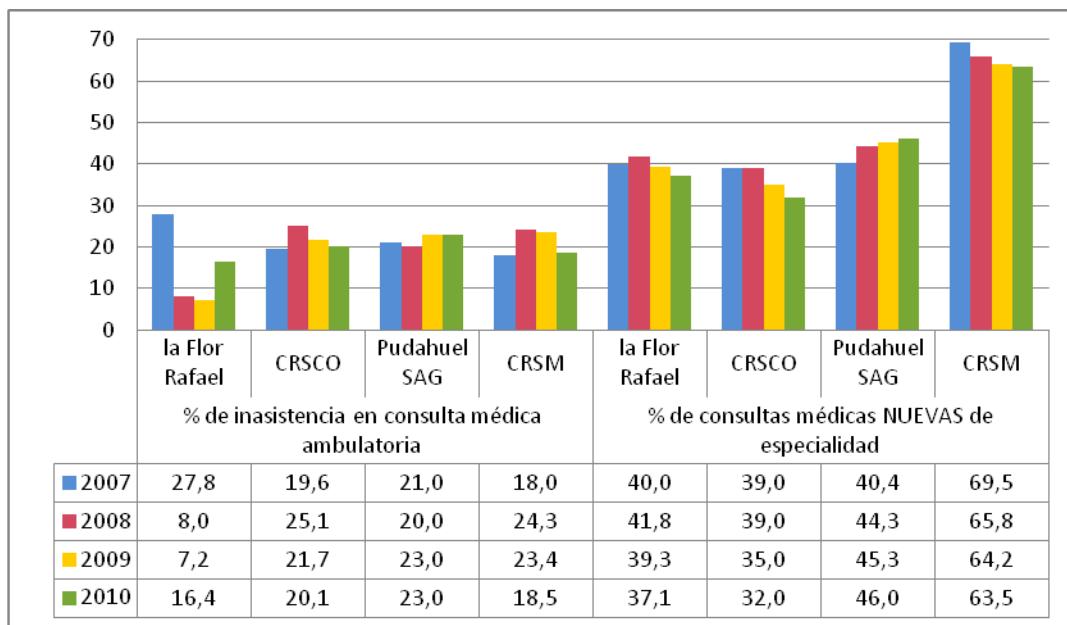
1.3.2 Gestión clínica y asistencial

Esta área reviste particular relevancia por estar sus resultados fuertemente asociados al diseño e implementación de los procesos que modelan la gestión institucional en el área tanto asistencial como administrativa de soporte a ésta. Aquí la relevancia de las disponibilidades financieras tienen un menor impacto que en el caso de producción, estando sí fuertemente asociados a la facilitación que entregan en la gestión de dichos procesos, los sistemas informatizados.

Los indicadores seleccionados son habitualmente utilizados para evaluar este ámbito y por tanto constituyen un tema de particular importancia para los gestores.

Para el caso de los indicadores: “inasistencias a consulta ambulatoria”, “suspensión de cirugía” y “número de cirugías por pabellón”, estos se asocian a la adecuada utilización de los recursos e infraestructura disponibles; sin embargo, se ven en los dos primeros casos influenciados por la conducta de los usuarios, cuya relevancia para cada caso particular no pude ser analizada con la información disponible.

Gráfico N° 9
Atención médica ambulatoria: porcentaje de inasistencia y de consultas nuevas
Años 2007 a 2010



La inasistencia a consulta ambulatoria observada no sigue ningún patrón identificable; todos los CRS tienen altas tasas de inasistencia, con excepción del CRS La Florida en dos años, sin tener información respecto a las causas que explican este comportamiento; en esta situación influye la conducta del paciente y la disponibilidad de modelos que garanticen su asistencia como son los recordatorios al paciente a través de diferentes medios como teléfono o mensajes (SMS).

El porcentaje de consultas nuevas tiene un impacto sobre la población usuaria, toda vez que permite garantizar que los pacientes derivados de la APS sean oportunamente atendidos en un nivel de mayor complejidad, para lo cual suele definirse un cupo dentro de la agenda médica para este tipo de casos. Es por tanto un mecanismo de priorización si se acompaña de criterios de derivación pre establecidos entre el nivel APS y el CRS.

El adecuado funcionamiento de la red asistencial se expresa entre otros, a través de este mecanismo de referencia y contra referencia de pacientes en la red, que por otro lado, fomenta el retorno del paciente al nivel APS una vez resuelto el problema que motivó la derivación.

Sin embargo, esta estrategia de priorización debe considerar una oferta suficiente para aquellos pacientes cuyo control periódico debe ser realizado en ese nivel, ya que no todo paciente es susceptible de mantener sus controles en el nivel APS en forma permanente, lo cual está determinado por el nivel de complejidad de su condición de salud.

Se observa que todos los CRS tienen sobre el 30% de cupos utilizados en pacientes nuevos; en este sentido, las pocas variaciones encontradas para cada CRS obedecen a la definición de los cupos, tal como se señalara.

El CRSM aparece con una definición que claramente prioriza al paciente nuevo respecto del control, lo cual es un hecho positivo y de alto impacto para la APS y los pacientes que ésta deriva. Estos resultados expresan por tanto no sólo una buena gestión local sino también una adecuada coordinación con la APS.

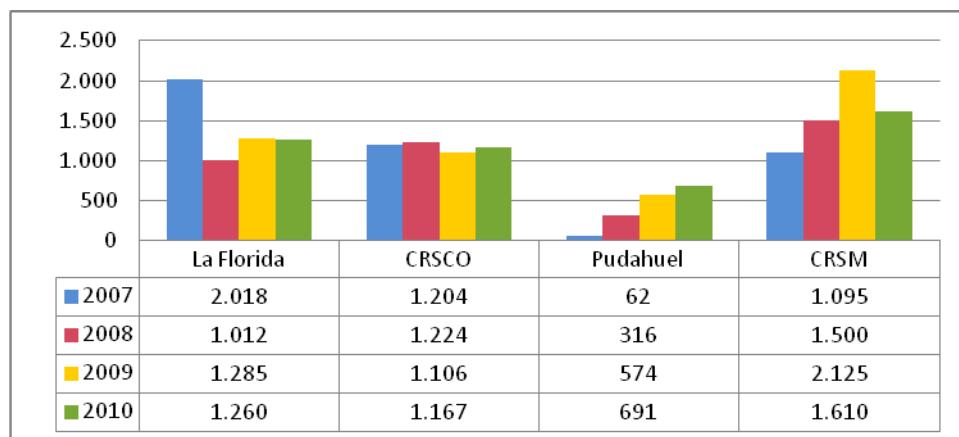
Cuadro N° 40
Porcentaje de suspensión de cirugías electivas
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
CRSCO	7	6	9	11
Pudahuel	s/d	s/d	s/d	11
CRSM	3,99	3,57	2,57	2,2

CRS Pudahuel no entregó información completa.

Una adecuada gestión del paciente quirúrgico en su fase preoperatoria debiera llevar a una tasa muy baja de suspensiones, como se observa en el caso del CRSM. Aquellas causales que radican en el paciente, pueden en gran medida ser evitadas a través de una buena educación y seguimiento. Todo esfuerzo en este sentido conduce a una adecuada utilización de un recurso muy costoso como es pabellón y por tanto está plenamente justificada.

Gráfico N° 10
Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por Pabellón
Años 2007 a 2010



Este indicador sí tiene una relación importante con la disponibilidad de recursos financieros, principalmente asociados al RRHH; los buenos resultados requieren del uso de la

infraestructura en horarios extendidos o no hábiles, lo cual lleva implícito la necesidad de contratación de servicios profesionales vía compra de servicios, como es lo que ocurre en el caso de los EE.

1.3.3 Recursos Humanos

Ambos indicadores son sujeto de monitoreo y seguimiento desde el Nivel Central, razón por la cual han sido seleccionados para este análisis comparativo.

Cuadro N° 41
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva CRS
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
CRSCO	s/i	1,2	3,1	1,1
Pudahuel	5,4	6	6,7	4,4
CRSM	18	13,4	17,1	19,8

La información entregada por el CRS La Florida corresponde al dato que entrega el SIRH, siendo que la fuente solicitada fue Glosa 4, por lo cual no se incluye en el cuadro.

Este indicador tiene relevancia por las implicancias que tiene sobre la gestión institucional, el tener funcionarios con licencia. El impacto es menor cuando existen los mecanismos oportunos y la flexibilidad en la contratación de los cargos que los reemplazan. Todo ello, existiendo disponibilidad de recursos financieros.

Es destacable el caso del CRSCO en este indicador en los tres años en que se dispone de información, ya que sus resultados son muy satisfactorios: en el año 2010, cada funcionario tuvo en promedio 1,1 días de licencia al mes.

Cuadro N° 42
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
La Florida	86	74	79	68
CRSCO		149	98	164
Pudahuel SAG	51	62	60	78
CRSM	584	747	973	873

Este indicador de rendimiento se ve afectado por la existencia de contrataciones de servicios profesionales a través del ítem 22 (de Bienes y Servicios de Consumo), ya que la relación de

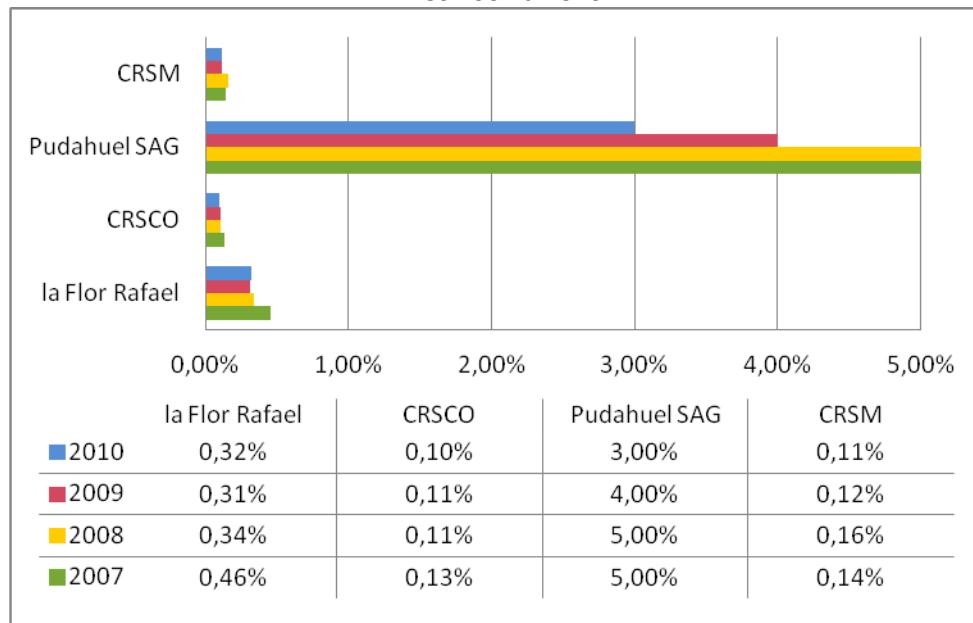
actividad vs gasto del ítem 21 (de RRHH) es la base para la su construcción¹⁷⁴. Si bien este es un mecanismo utilizado para una importante cuota de la producción en el caso de los EE, también lo es para los establecimientos no EE, en forma creciente en los últimos años, particularmente atribuido a las garantías a que obliga el GES. Por tanto, a juicio de los consultores, se haría necesario su reemplazo por otros indicadores de rendimiento.

1.3.4 Calidad y satisfacción usuaria

El elemento más relevante en este ámbito lo entrega la encuesta que fuera realizada a los usuarios externos de los EE, la cual es comparada con los resultados de otros establecimientos del país.¹⁷⁵

El indicador de reclamos está afectado por factores como la forma en que la institución facilita el reclamo o lo hace accesible¹⁷⁶, así como a los mecanismos de monitoreo que realiza, aun cuando todo ello está sujeto a normas emanadas desde el Nivel Central. Con todo, el indicador presentado en el siguiente gráfico muestra una tasa muy baja de reclamos en los CRSMS y La Florida, en contraposición a lo que ocurre en Pudahuel, sin tener información que permita explicar este hecho.

Gráfico N° 11
Porcentaje de reclamos en relación a paciente atendidos en atención programada
Años 2007 a 2010



¹⁷⁴ La actividad se mide en términos de su valoración en \$según Arancel FONASA

¹⁷⁵ Ver Área de Evaluación “Encuesta usuarios externos” de este mismo estudio.

¹⁷⁶ En el CRSM un 68,7% de los encuestados dice “no saber cómo presentar un reclamo”.

El segundo indicador dice relación con “% de cumplimiento de garantías de oportunidad GES en catarata”: el CRS San Rafael deriva sus pacientes al Sotero del Río, y el CRS Pudahuel inicia el programa en el 2009 y remite valores absolutos que no resultan útiles para este análisis. En cuanto a los CRS EE, los resultados se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 43
Porcentaje de cumplimiento de garantía de oportunidad GES
Cirugía de Catarata
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
CRSCO	100	100	100	99,7
CRSM	98,8	98,5	95,7	94,5

El nivel de cumplimiento es alto, mayor en el CRSCO; pero no es posible un análisis comparativo por falta de información.

1.4 Análisis de los Hospitales

Para el caso de la población beneficiaria de los establecimientos hospitalarios, las variaciones no son significativas en el período en estudio, exceptuando una disminución del 11,2% en aquella del H. El Pino en el año 2010 respecto del 2009.

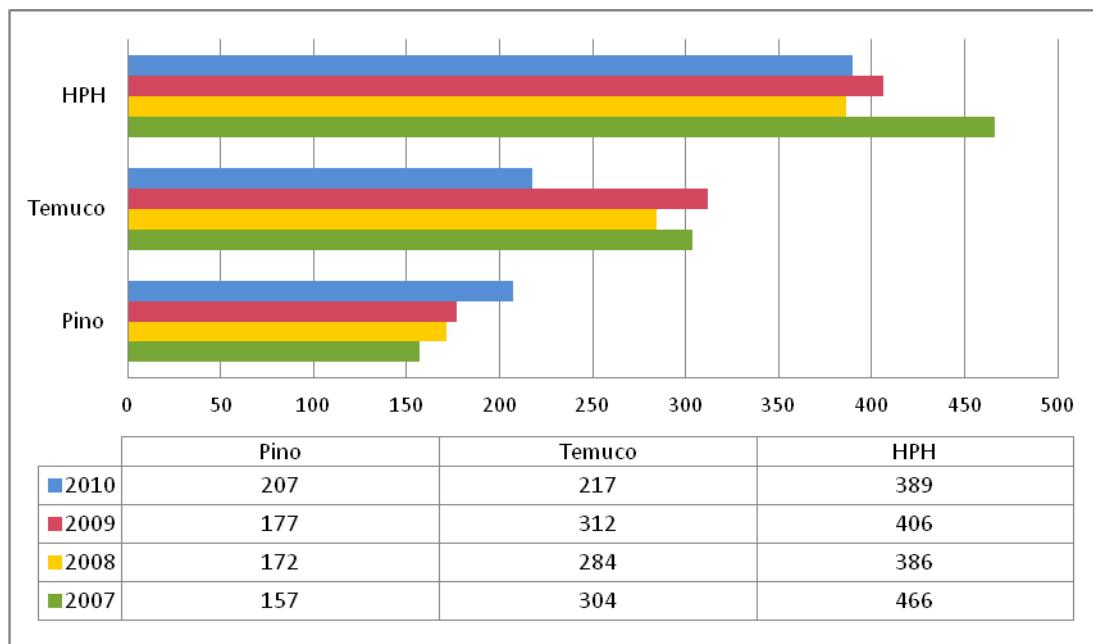
Cuadro N° 44
Población beneficiaria Hospitales estudio comparativo
Fuente: FONASA

	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

Dado que para este análisis se utilizan la mayoría de los indicadores que fueron aplicados para los CRS, las observaciones de orden general que se han efectuado en el análisis y evaluación de éstos en el acápite precedente, también son aplicables a los que se presentan a continuación.

1.4.1 Producción de Servicios:

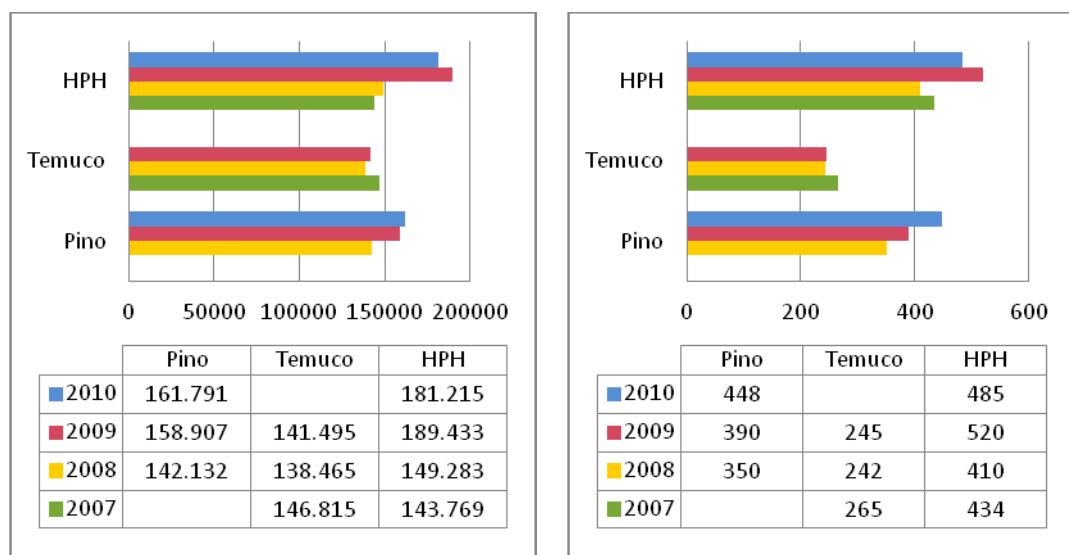
Gráfico N° 12
Tasa de Consultas Ambulatorias en Hospitales
Años 2007 a 2010



La producción del H. Temuco el 2010 está probablemente afectada por el impacto del terremoto por tanto se excluyen del análisis. Las altas tasas observadas en el HPH se explican posiblemente por tres factores: el constituir un Producto Estratégico y por tanto ser una prioridad para el HPH; un segundo elemento que a juicio de los consultores impacta positivamente, es el modelo organizacional de las áreas asistenciales, donde hay un responsable por área (adulto, pediátrico y de la mujer), que organizan la atención de sus pacientes en el nivel ambulatorio, de urgencia y de hospitalizados, con lo cual la gestión de los recursos toma una racionalidad que está comandada por la demanda. Y finalmente, el elemento más importante para el logro de estas tasas, es el recurso médico; la flexibilidad en su distribución y asignación de funciones resulta un factor determinante.

La producción del HPH en términos absolutos es sólo un 13% menor a la de Temuco para el período 2007 – 2009, aun cuando éste es un establecimiento base de SS y considerablemente más grande que el HPH.

Gráfico N° 13
Atenciones de Urgencia en Hospitales
Número de Atenciones y Tasas por población beneficiaria
Años 2007 a 2010

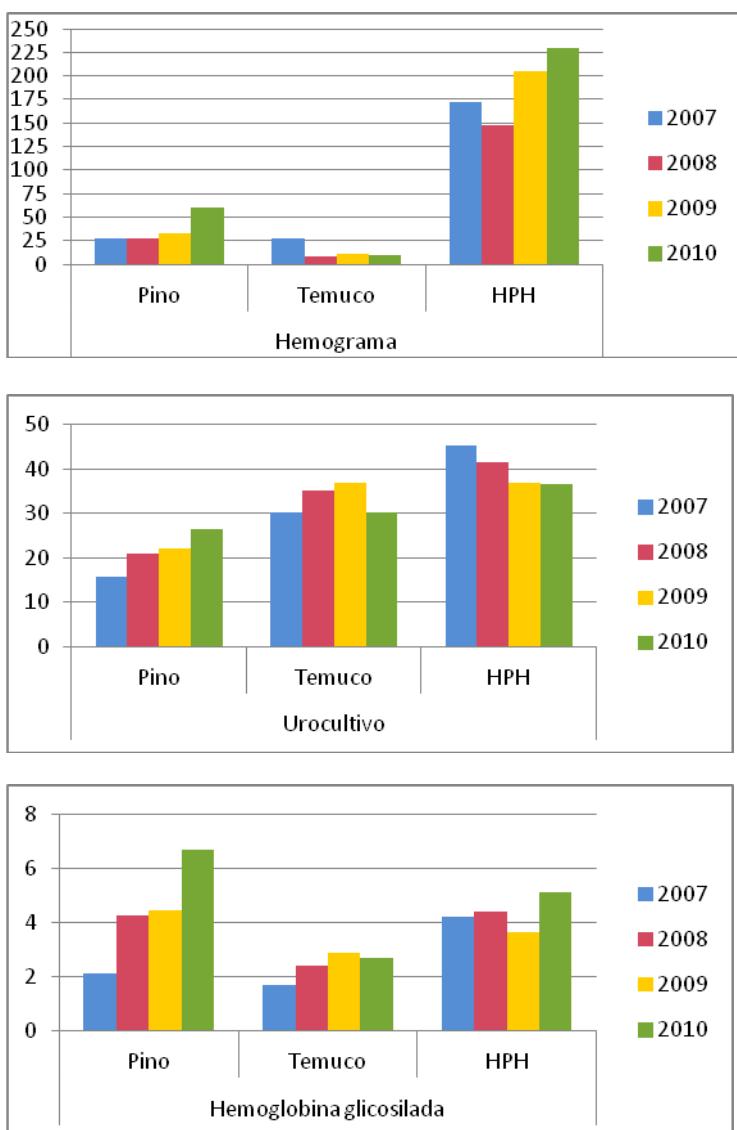


Por las razones antes expuestas, se ha omitido los datos 2010 para el H. Temuco.

Destaca el HPH no sólo por las tasas sino por las cifras absolutas en la atención de urgencia, lo cual se ve influenciado por la apertura del Servicio de Urgencia de Adultos. Aun cuando esta es un tipo de atención cuya producción está determinada por la demanda, las razones de esto pudieran ser las mismas que las analizadas para las consultas ambulatorias. Los resultados observados tanto para el HPH y el H. El Pino que muestra un alza sostenida de sus atenciones de urgencia son signos de una adecuada gestión de recursos.

Lo observado en el H. Temuco pudiera explicarse por la alta tasa de ruralidad del SS Araucanía Sur, lo cual afecta la accesibilidad y sustenta la posibilidad que buena parte de las urgencias se resuelvan en la red APS o establecimientos de menor complejidad de la red.

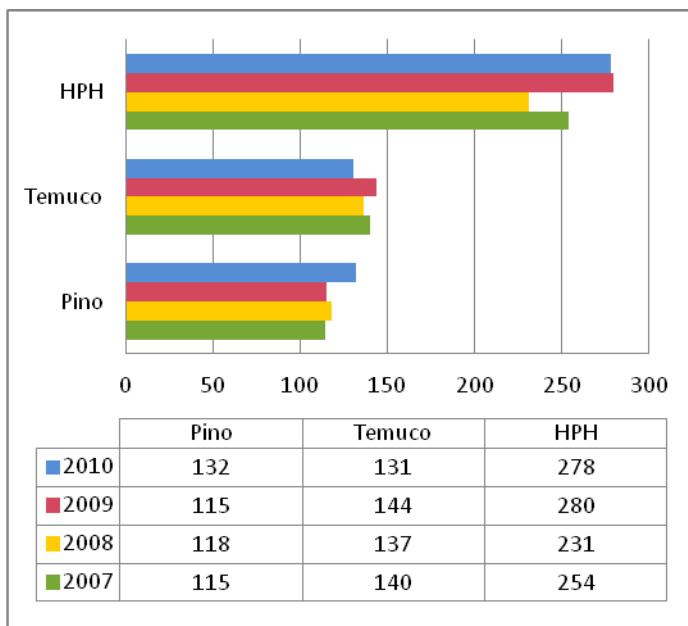
Gráfico N° 14
Producción de Laboratorio Hospitalares
Exámenes trazadores
Años 2007 a 2010



Las altas tasas observadas en el HPH para las primeras dos trazadoras lo son también en cifras absolutas: para el año 2010 en que se observa la mayor producción para el HPH y el H. El Pino, el primero realizó un total de 85.757 hemogramas y el segundo 21.728. La situación es similar para Urocultivo, con diferencias menos marcadas entre los establecimientos. En el caso del último trazador, el H. El Pino muestra un importante aumento en estas tasas; cabe señalar que este es un examen de uso en el control de pacientes diabéticos, por lo cual su impacto es relevante, dada la alta prevalencia de esta condición. La producción total del período es mayor en el HPH.

Esta actividad constituye otro Producto Estratégico del HPH y lo observado podría tener relación con la suficiencia o insuficiencia de los demás establecimientos de la red de realizar este examen y cubrir parte de la demanda.

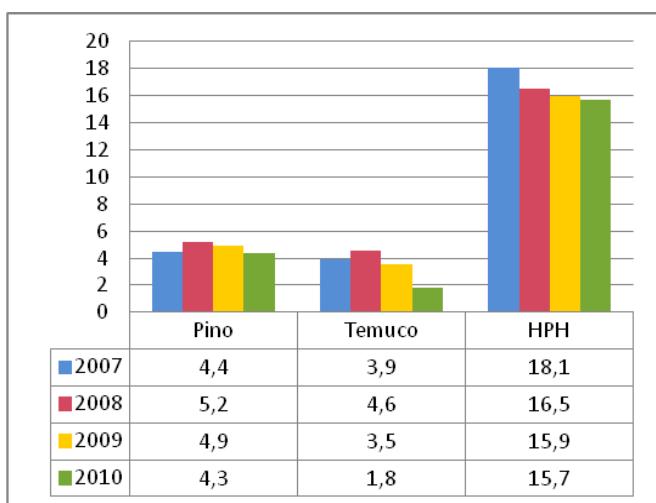
Gráfico N° 15
Prestaciones de Imagenología Hospitalares
Trazador: Ex. Radiológico Simple
Tasas por población beneficiaria
Años 2007 a 2010



El Servicio de Imagenología del HPH tiene un alto nivel tecnológico y la existencia de los Servicios de Urgencia en el HPH con altas tasas de consulta, las que aportan una importante cuota de esta producción en este trazador específico, pueden explicar los resultados observados; es decir, su producción puede asociarse a la actividad de urgencia.

En los establecimientos EAR la producción es significativamente menor, tanto en cuanto a tasas como cifras absolutas. Cabe señalar que estos establecimientos también cuentan con Servicio de Urgencia.

Gráfico N° 16
Cirugía Ambulatoria
Tasas por beneficiarios
Años 2007 a 2010

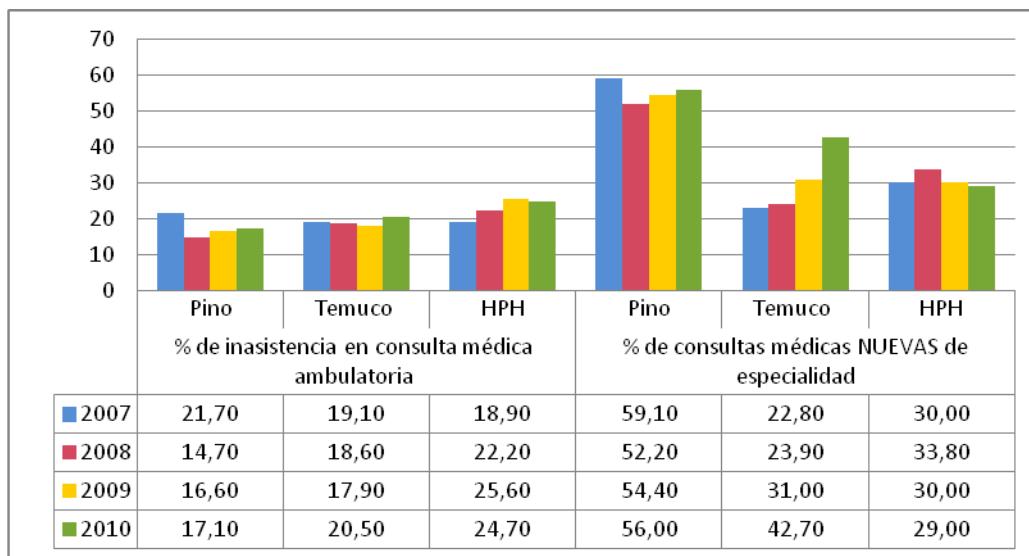


Un importante énfasis en la gestión del HPH ha sido la resolución de pacientes quirúrgicos; los pabellones tienen horario extendido y funcionan también los días sábados. Este hecho puede explicar que realice el año 2010 un total de 5.876 cirugías ambulatorias; como referencia, el H. El Pino para ese año tiene registrados 1.565. Se considera como determinantes en los resultados observados, la posibilidad de contratación de servicios profesionales que realiza el HPH.

1.4.2 Gestión clínica y asistencial

Los antecedentes generales respecto de este tipo de indicadores fueron señalados al analizarlos en el análisis comparativo de los CRS.

Gráfico N° 17
Atención médica ambulatoria: porcentaje de inasistencia y de consultas nuevas
Años 2007 a 2010



En este ámbito relevante de la gestión, para el primero de los indicador presentados en la Gráfica N° 28, los resultados son semejantes, estando el HPH en una situación ligeramente menos ventajosa. El Hospital de Temuco tiene mejores valores, a pesar de la alta ruralidad de la población beneficiaria.

En cuanto a consultas nuevas, destaca el H. El Pino, con porcentajes que superan el 50% en todos los años observados. El HPH es constante en este indicador y se aprecia un crecimiento en el Hospital de Temuco. Como se señalara, esta es una definición que realiza el establecimiento y su cumplimiento está asociado al diseño e implementación de los procesos que gestionan la atención ambulatoria. Es un indicador de un buen sistema de referencia en la red y facilita el diagnóstico precoz de patología de relevancia clínica.

Cuadro N° 45
Porcentaje de suspensión de cirugía electiva¹⁷⁷
Tasas por beneficiario
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
Pino	s/i	s/i	12,0%	12,9%
HPH		8,1%	8,0%	9,3%

El nivel de suspensiones en el HPH, que si bien son menores que en el H. El Pino, pueden ser optimizados, como se señalara previamente, con una mejor gestión y seguimiento del paciente en la fase preoperatoria. Se consideró la inclusión del indicador “Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por Pabellón”, sin embargo, la información entregada por los diferentes establecimientos no es comparable, por lo cual no se ha incluido en el análisis.

1.4.3 Recursos Humanos

Cuadro N° 46
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva en Hospitales
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
Pino	s/i	28.028	32.456	27.783
Temuco	28.760	29.682	30.944	29.028
HPH	20.690	23.200	25.660	25.000

Si bien el HPH muestra las mejores cifras, la tendencia en el establecimiento es al deterioro de este indicador con excepción del 2010, tendencia que también se aprecia en los EAR. No hay una explicación para este fenómeno que haga una distinción entre ambos modelos de gestión.

Cuadro N° 47
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
Pino	s/i	94.686	69.215	132.087

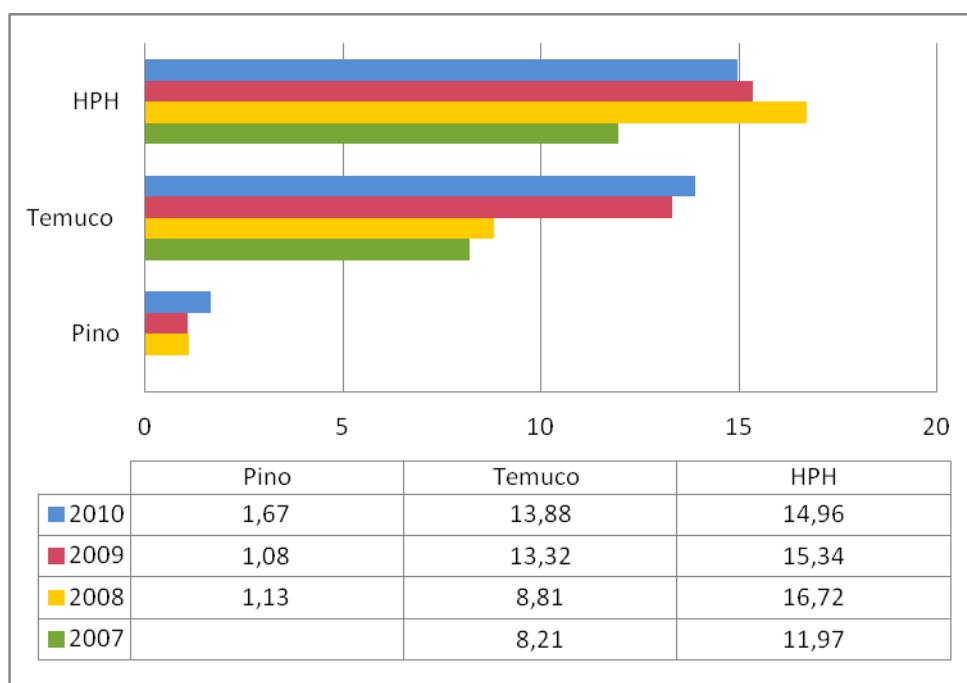
¹⁷⁷ El H. Temuco no entregó esta información.

Temuco ¹⁷⁸	s/i	s/i	s/i	s/i
HPH	49.199	50.383	55.039	57.064

Los resultados observados en el HPH son relativamente estables en el período estudiado, a diferencia del H. El Pino que tiene un aumento de casi el 100% del año 2009 al 2010, alza que no es posible de explicar a partir de los antecedentes disponibles.

1.4.4 Calidad y satisfacción usuaria

Gráfico N° 18
Porcentaje de reclamos en relación a paciente atendidos en atención programada
Años 2007 a 2010



La información entregada por los establecimientos, con excepción del HPH, proviene de OIRS. En el caso del HPH, este EE tiene un modelo de gestión de reclamos único que consolida aquellos provenientes de diversas canales de recepción como son: OIRS, buzones, sitio web, contacto directo y cartas dirigidas al Director, Consejo Consultivo, contacto telefónico, aquellas tramitadas directamente al MINSAL y finalmente, las presentadas en el Servicio Nacional de Consumidor. Este hecho muy probablemente explica el mayor número de reclamos que presenta, lo cual es consistente con el alto nivel de conocimiento de sus usuarios respecto de cómo realizarlo¹⁷⁹. Los datos por tanto, no son comparables con la información disponible; se requeriría de un análisis más detallado dado que los niveles de

¹⁷⁸ Este establecimiento entrega una cifra expresada en decimal, obtenida del SIRH, por lo que no resulta comparable. En los demás casos corresponde a la información solicitada: Glosa 4.

¹⁷⁹ Según se muestra en la encuesta a usuarios externos el 64,1% de los encuestados en el HPH “si sabe cómo presentar un reclamo”.

satisfacción de usuarios externos en el HPH son semejantes a los observados en la muestra estudiada y presentada en este estudio. Los resultados muestran al H. El Pino con resultados muy por sobre el de los otros dos establecimientos, con cifras que ameritarían una revisión más detallada respecto de la forma de recolección de la información, entre otros.

Cuadro N° 48
Cirugía de Catarata
Años 2007 a 2010

	2007	2008	2009	2010
Pino	s/i	s/i	s/i	s/i
Temuco	99,93%	100%	99,76%	92,07%
HPH	100%	100%	100%	95,20%

El H. El Pino no entregó este indicador.

Los datos obtenidos sobre “Cirugía a Catarata” no muestran diferencias significativas entre el H. de Temuco y HPH.

1.5 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.

A continuación se realiza el análisis para cada indicador utilizado:

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

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

Para permitir una mejor gestión, es deseable que este indicador, salvo el descuento de los bonos variables, sea lo más cercano a “cero”. 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.

Cuadro N° 49
Variación del presupuesto inicial vs el presupuesto final CRS
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE			CRSSR ¹⁸⁰
	CRSCO	CRSM	CRSP	
Variación porcentual presupuesto final vs. presupuesto inicial				
2007	47%	46%	45%	Sin información
2008	37%	47%	72%	Sin información
2009	24%	49%	87%	Sin información
2010	43%	37%	13%	Sin información

Cuadro N° 50
Variación del presupuesto inicial vs el presupuesto final Hospitales
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE			PINO ¹⁸¹
	HPH	TEMUCO		
Variación porcentual presupuesto final vs. presupuesto inicial				
2007	59%	39%	18%	
2008	41%	49%	35%	
2009	56%	67%	31%	
2010	77%	46%	55%	

Todos los establecimientos sometidos a evaluación, tanto EE como No EE tienen diferencias significativas entre los presupuestos iniciales y finales para los años evaluados. Este hecho afecta la gestión de los mismos, como ya se señalara, sin poder mesurar a partir de este estudio, el impacto negativo que esto produce en su gestión.

Indicador N° 2: Las transferencias Valoradas e Institucionales

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.

Tal como se explicitara en el Área de Evaluación “Uso de Recursos” las PPV¹⁸² se encuentran asociadas a prestaciones, es un pago por resultados: precio por cantidad ($P \cdot Q$).

¹⁸⁰ La información financiera en SIGFE del CRSSR no registra presupuesto inicial

¹⁸¹ Hospital El Pino tiene un CRS adosado, información financiera incluye ambos.

El PPI¹⁸³ 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.

Cuadro N° 51
Porcentaje de distribución de las transferencias CRS
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE			
	CRSCO	CRSM	CRSP	CRSSR
porcentaje PPV- PPI de transferencias				
2007				
PPV	48%	66%	9%	0%
PPI	52%	34%	91%	100%
2008				
PPV	38%	64%	37%	1%
PPI	62%	36%	63%	99%
2009				
PPV	37%	52%	30%	0%
PPI	63%	48%	70%	100%
2010				
PPV	50%	64%	44%	0%
PPI	50%	36%	56%	100%

Se puede indicar que el CRSM es el único que durante el periodo en estudio ha presentado mayor cantidad de PPV vs PPI, en el período estudiado¹⁸⁴. Los otros dos establecimientos tiene una menor proporción en PPV que PPI, salvo en el año 2010, en el que la proporción es similar. Llama la atención la modalidad de transferencias del CRS La Florida que prácticamente no tiene PPV, lo cual significaría que no realiza ningún tipo de atención asociada a este tipo de transferencia, lo cual constituiría una eventualidad de muy baja probabilidad o que teniéndola, se decide no valorizarla a través de ese programa.

Las variaciones entre cada año dentro de un mismo establecimiento así como las variaciones observadas entre los establecimientos son muy significativas, con la proporción PPV que en algunos años es mayor y en otras menor que el PPI. La política que en este sentido ha señalado FONASA respecto de privilegiar las transferencias PPV sobre la PPI no es posible de constatar en los casos y períodos estudiados.¹⁸⁵ Las razones que pudieran explicar este comportamiento de las transferencias desde FONASA no han sido posibles de aclarar con la información disponible.¹⁸⁶

¹⁸² PPV: Programa de Prestaciones Valoradas

¹⁸³ PPI: Programa de Prestaciones Institucionales

¹⁸⁴ El año 2009, las transferencias PPV del CRSM según éste establecimiento fueron mayores, de un 62%, según sus estimaciones, ya que el 4º trimestre tuvo un descuento de su PPV, que fue luego restituido.

¹⁸⁵ Ver entrevista a Jefa del Dpto. de Comercialización del FONASA

¹⁸⁶ No fue posible encontrar documentación oficial respecto a las políticas de asignación de PPV vs PPI en el SNSS

Cuadro N° 52
Porcentaje de distribución de las transferencias Hospitalares
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE	HPH	TEMUCO	PINO
Porcentaje PPV- PPI de transferencias				
2007				
PPV		37%	70%	56%
PPI		63%	30%	44%
2008				
PPV		32%	62%	54%
PPI		68%	38%	46%
2009				
PPV		28%	51%	48%
PPI		72%	49%	52%
2010				
PPV		27%	46%	51%
PPI		73%	54%	49%

Los comentarios precedentes se aplican para el caso de los hospitales con igual fuerza; tanto en el HPH como en Temuco, la proporción PPV tiene una evolución a la baja, situación que no ocurre con el Hospital El Pino; no existen antecedentes que permitan aventurar una hipótesis respecto de esta situación. El HPH tiene en todos los años una proporción PPV menor que los EAR, en contraposición con lo señalado para el CRSM en que ocurre todo lo contrario, siendo ambos EE.

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

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.

El gasto en RRHH es poco flexible y mientras más alto es su porcentaje, menos flexible es un establecimiento para adaptarse a los cambios, aun cuando el factor productivo intensivo en actividades de salud es el RRHH, por la naturaleza del servicio otorgado.

Cuadro N° 53
Distribución del Gasto en CRS
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE			
	CRSCO	CRSM	CRSP	CRSSR ¹⁸⁷
Porcentaje del gasto en RRHH y Bienes y Servicios de Consumo respecto del total de gasto				
	2007			
RRHH	36%	37%	71%	0%
Bs. y Ss.	58%	58%	27%	95%
	2008			
RRHH	44%	32%	68%	0%
Bs. y Ss.	51%	66%	28%	91%
	2009			
RRHH	44%	26%	64%	0%
Bs. y Ss.	49%	70%	29%	97%
	2010			
RRHH	43%	30%	68%	73%
Bs. y Ss.	51%	67%	28%	26%

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.

Los EE tienen por tanto una menor parte de su gasto en el ítem de baja adaptabilidad y poca flexibilidad, lo cual les otorga una ventaja comparativa significativa, al poder modelar su oferta en forma dinámica y de acuerdo a las necesidades. Las decisiones de cambios y correcciones se pueden realizar en forma oportuna, ajustando actividad y redistribuyendo recursos para hacer la gestión más eficiente.

¹⁸⁷ Gasto en RRHH sin información en SIGFE hasta el año 2010.

Cuadro N° 54
Distribución del Gasto en Hospitales
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE		
	HPH	TEMUCO	PINO
Porcentaje del gasto en RRHH y Bienes y Servicios de Consumo respecto del total de gasto			
2007			
RRHH	59%	54%	65%
Bs. y Ss.	38%	31%	31%
2008			
RRHH	58%	51%	69%
Bs. y Ss.	37%	31%	29%
2009			
RRHH	56%	46%	68%
Bs. y Ss.	39%	27%	27%
2010			
RRHH	58%	53%	65%
Bs. y Ss.	38%	33%	31%

La distribución del gasto en el HPH como modelo EE y el de Temuco como modelo EAR, son muy semejantes, sobre pasando 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.

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

Como definición inicial es importante señalar que por clasificador presupuestario:

- **El ítem presupuestario de “farmacia” incluye:** Fármacos, productos para cirugía dental, materiales de curación.
- **El ítem presupuestario de “químicos” incluye:** productos químicos (para exámenes de laboratorio y otros), oxígeno y gases clínicos y otros químicos.
- **El ítem presupuestario de “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.

Cuadro N° 55
Relevancia del gasto en ítem farmacia, químicos y compra de servicios en CRS
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE			
	CRSCO	CRSM	CRSP	CRSSR
Porcentaje de gasto en farmacia-químicos- compra de servicios clínicos respecto del total de gasto en Bs. y Ss.				
2007				
Farmacia	14%	8%	24%	13%
Químicos	13%	3%	5%	3%
compra servicios clínicos	25%	21%	5%	4%
2008				
Farmacia	17%	9%	27%	13%
Químicos	10%	3%	4%	1%
Compra servicios clínicos	33%	19%	2%	1%
2009				
Farmacia	19%	9%	34%	13%
Químicos	11%	5%	3%	1%
Compra servicios clínicos	28%	21%	1%	1%
2010				
Farmacia	23%	9%	27%	11%
Químicos	10%	4%	3%	3%
Compra servicios clínicos	29%	18%	1%	2%

Siendo para ambos EE el gasto en compra de servicios significativo (entre un 18% y un 33%), se puede inferir que con este mecanismo los EE amplían su cartera de servicios y aumentan la oferta de prestaciones. De hecho este estudio muestra la posibilidad y efectiva utilización que hacen los EE en la compra de servicios fuera del sector público, como un mecanismo eficiente de complementación, toda vez que la ampliación en la cartera de servicios y mayor producción en áreas críticas no suele implicar costos de inversión y sí tiene un claro impacto positivo en la población beneficiaria.

Cuadro N° 56
Relevancia del gasto en ítem farmacia, químicos y compra de servicios en Hospitales
Año 2007 a 2010

INDICADOR	<i>EE</i>	HPH	TEMUCO	PINO
Porcentaje de gasto en farmacia- químicos- compra de servicios clínicos respecto del total de gasto en Bs. y Ss.				
	2007			
Farmacia	18%	34%	14%	
Químicos	5%	7%	5%	
Compra servicios clínicos	4%	3%	3%	
	2008			
Farmacia	19%	33%	17%	
Químicos	5%	7%	5%	
Compra servicios clínicos	10%	3%	4%	
	2009			
Farmacia	17%	35%	19%	
Químicos	5%	6%	5%	
Compra servicios clínicos	14%	3%	4%	
	2010			
Farmacia	21%	36%	20%	
Químicos	6%	7%	4%	
Compra servicios clínicos	12%	7%	12%	

El gasto en químicos no tiene grandes variaciones en los dos modelos en comparación, destacando la mayor proporción del Hospital de Temuco en Farmacia, lo cual pudiera estar relacionado con la capacidad de negociación con proveedores y producción interna. El aumento en la compra de servicios observada en el HPH a partir del año 2008 pudiera responder por un lado a un mayor requerimiento de prestaciones de alta complejidad y a las demandas que genera la apertura del Servicio de Urgencia Adultos.

Esta proporción del gasto es mayor que en el modelo EAR, con excepción del año 2010 en El Pino, lo cual está eventualmente asociado a la obligatoriedad y mayor exigencia que plantea el GES a todo el sector.

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

Se estableció en el indicador N° 3 que los EE presentan un menor gasto en RRHH en relación al gasto en Bs. y Ss. de Consumo, en comparación a los CRS no EE. A partir de esta observación se busca con este indicador, 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.¹⁸⁸

Cuadro N° 57
Distribución del Gasto en RRHH en CRS
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE		CRSP	CRSSR ¹⁸⁹
	CRSCO	CRSM		
Porcentaje gasto fijo- variable en RRHH				
2007				
Gasto fijo	76%	87%	83%	0%
Gasto variable¹⁹⁰	24%	13%	17%	0%
Bonos	5%	2%	7%	
Aguinaldos	3%	1%	4%	
Horas Extras	1%	4%	0%	
Suplencia y reemplazos	0%	5%	3%	
Honorarios	15%	0%	3%	
2008				
Gasto fijo	62%	88%	80%	0%
Gasto variable	38%	12%	20%	0%
Bonos	4%	3%	6%	
Aguinaldos	2%	2%	4%	
Horas Extras	1%	4%	0%	
Suplencia y reemplazos	0%	3%	3%	
Honorarios	31%	0%	6%	
2009				
Gasto fijo	63%	92%	79%	0%
Gasto variable	37%	8%	21%	0%
Bonos	4%	1%	6%	
Aguinaldos	1%	1%	2%	
Horas Extras	1%	4%	0%	
Suplencia y reemplazos	1%	2%	3%	
Honorarios	30%	0%	10%	
2010				
Gasto fijo	66%	91%	79%	73%
Gasto variable	34%	9%	21%	27%
Bonos	5%	2%	7%	3%
Aguinaldos	2%	1%	3%	3%
Horas Extras	1%	4%	0%	5%
Suplencia y reemplazos	1%	2%	2%	4%
Honorarios	26%	0%	9%	13%

¹⁸⁸ Se complementa este análisis con el realizado en el Área de Evaluación “Organización y Gestión” capítulo de RRHH.

¹⁸⁹ CRSSR, presenta en sus estados financieros solo el año 2010 para este ítem presupuestario.

¹⁹⁰ Para efectos de este indicador se colocó el bono por cumplimiento de meta experimental en gasto variable.

Las diferencias en éste ámbito entre los dos modelos deben considerar que en el caso de los EE, el CRSM tiene un Servicio de Urgencia en tanto el CRSCO tiene sólo personal en turno 24 horas para los servicios de apoyo Laboratorio e Imagenología. El CRSP no tiene urgencia, la que sí está en CRSSR, pero respecto del cual no hay datos sino del año 2010.

El CRSCO tiene un gasto variable mayor en comparación con los otros establecimientos, siendo la mayor parte de éste en honorarios, ya que este establecimiento utiliza este mecanismo de contratación para suplir las brechas de oferta requeridas para cubrir la demanda asistencial de sus beneficiarios. Por su parte, el CRSM ha definido como parte de su política en RRHH la no contratación a través de este mecanismo, favoreciendo como se viera con anterioridad, la compra de servicios. En ambos casos, estos mecanismos pueden considerarse adecuados, dado que han permitido aumentar la actividad asistencial tanto en cuanto a cartera de servicios como en cuanto a cantidad de prestaciones en una significativa parte de dicha cartera.

Las horas extras, que son un importante elemento de análisis en la gestión de RRHH como se viera con anterioridad,¹⁹¹ no pueden ser adecuadamente comparadas por falta de información del CRSSR que tiene un servicio de urgencia; sin embargo, para el año en que esta información está disponible, se observa que el % es mayor a los demás establecimientos, ya que este es un mecanismo habitual en el modelo tradicional para cubrir horarios inhábiles o extendidos.

¹⁹¹ Ibid

Cuadro N° 58
Distribución del Gasto en RRHH en Hospitales
Año 2007 a 2010

<i>INDICADOR</i>	<i>EE</i>		
	<i>HPH</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>EL PINO</i>
Porcentaje gasto fijo- variable en RRHH			
2007			
Gasto fijo	83%	79%	74%
Gasto variable	17%	21%	26%
Bonos	5%	7%	5%
Aguinaldos	3%	3%	3%
Horas Extras	2%	5%	7%
Suplencia y reemplazos	4%	3%	7%
Honorarios	3%	3%	4%
2008			
Gasto fijo	78%	78%	71%
Gasto variable	22%	22%	29%
Bonos	5%	7%	5%
Aguinaldos	3%	4%	4%
Horas Extras	3%	5%	7%
Suplencia y reemplazos	4%	3%	7%
Honorarios	7%	3%	5%
2009			
Gasto fijo	79%	76%	72%
Gasto variable	21%	24%	28%
Bonos	4%	8%	5%
Aguinaldos	2%	2%	4%
Horas Extras	3%	4%	6%
Suplencia y reemplazos	3%	6%	7%
Honorarios	10%	4%	6%
2010			
Gasto fijo	77%	75%	71%
Gasto variable	23%	25%	29%
Bonos	4%	7%	6%
Aguinaldos	3%	3%	4%
Horas Extras	3%	4%	6%
Suplencia y reemplazos	3%	5%	7%
Honorarios	10%	4%	7%

No se observa una diferencia significativa en los dos modelos respecto de la proporción gasto fijo y variable en RRHH, explicado por la estructura en las contrataciones del HPH, que tiene una significativa proporción de funcionarios a contrato y de planta, a diferencia de los otros

EE. Con todo, entre el año 2007 y 2010, la proporción de gasto fijo disminuyó de un 83% a un 77%, indicando una mayor flexibilización en la gestión de este recurso.

El gasto en horas extras y suplencias y reemplazos es mayor en El Pino y en menor grado en Temuco, en comparación con el HPH, probablemente asociado al modelo utilizado para cubrir jornadas de turno, las cuales se realizan en el modelo tradicional y EAR a través de este mecanismo.

En el 2008 aparece con mayor relevancia el gasto en honorarios en el HPH, mayor que en el modelo EAR, lo cual es consistente con el análisis realizado en el indicador N° 4 y probablemente son fenómenos que están asociados y evolucionan en forma paralela a la disminución del gasto fijo.

Los antecedentes presentados sugieren la necesidad de hacer una evaluación más exhaustiva de cuál es la forma más eficiente para cubrir labores asistenciales en jornadas de turno, tanto en residencias como servicios de urgencia; esto partiendo del hecho que los EAR y establecimientos tradicionales aplican sistemas de 3º y 4º turno, básicamente a través del pago de horas extras, mientras los EE pueden utilizar otros mecanismos para cubrir esta parte de la actividad asistencial. La hipótesis planteada que avala esta sugerencia, es que pudiera ser más eficiente el modelo aplicado por los EE, siendo un factor relevante en el control de gasto en este ítem. Además el modelo aludido de turnos a juicio de los consultores, resulta más perjudicial para los funcionarios y no necesariamente permite sostener los estándares de calidad en la atención.

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

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 establecimientos¹⁹².

¹⁹² Actividades evaluadas: exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, consultas médicas, consultas otro profesional, Intervenciones quirúrgicas, días cama, consultas de urgencia.

Cuadro N° 59
Variaciones del gasto en relación a la actividad en CRS
Año 2007 a 2010

INDICADOR	EE		CRSP	CRSSR ¹⁹³
	CRSCO	CRSM		
Variación en el gasto en relación a variación de actividad				
2008-2007				
Variación actividad	-0.3%	36%	9%	5%
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	9%	19%	15%	5%
2009-2008				
Variación actividad	8%	-10%	11%	4%
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	7%	25%	16%	6%
2010-2009				
Variación actividad	-1%	1%	-8%	-2%
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	6%	-8%	1%	294%

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. Así, la eficiencia de un establecimiento que tiene muy alta complejidad en el tipo de pacientes atendidos y que utiliza una tecnología y tratamientos de última generación, no puede ser comparada con aquella de uno que tiene casos de menor complejidad y tecnología menos sofisticada. El uso de los GRD es un avance importante en cuanto a disponer de una medida que permita comparar el case mix entre establecimientos.

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.

El indicador presentado en el Cuadro N° 64 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.

¹⁹³ Variación de gasto de CRSSR queda fuera de rango de evaluación por ser año 2010 único con registro en RRHH según SIGFE.

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. La ineficiencia por su parte se expresa en una variación mayor del gasto, sin que esto se refleje en la actividad.

Como se observa, el comportamiento del gasto en todos los establecimientos en estudio es aleatorio, sin poder definirse un patrón en ninguno de ellos.

Es posible que las actividades seleccionadas para construir este indicador deban ser re evaluados para el caso particular de los CRS, dada la relevancia que tiene los días cama y las intervenciones quirúrgicas en la actividad asistencial, las cuales son mínimas o inexistentes en los CRS, comparativamente con los hospitales.

Cuadro N° 60
Variaciones del gasto en relación a la actividad en Hospitales
Año 2007 a 2010

<i>INDICADOR</i>	<i>EE</i>	<i>HPH</i>	<i>TEMUCO</i>	<i>PINO</i>
Variación en el gasto en relación a variación de actividad				
2008-2007				
Variación actividad	-1%	22%	9%	
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	10%	9%	11%	
2009-2008				
Variación actividad	24%	10%	3%	
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	18%	12%	10%	
2010-2009				
Variación actividad	27%	-12%	23%	
Variación en el gasto (RRHH- Bs. y Ss. Consumo)	5%	4%	9%	

No es posible extraer conclusiones respecto de este indicador, dados los datos e información disponibles.

1.6 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.

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, lo cual no permite establecer conclusiones categóricas. 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 comparaciones¹⁹⁴ 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 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.

¹⁹⁴ Considerando solamente la comparación de Indicadores de Gestión y no los indicadores financieros.

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.

2 Indicadores de desempeño de los EE

A continuación se realiza una revisión, análisis y evaluación de los indicadores de desempeño que han definido cada EE respecto de sus Productos Estratégicos, incorporando aquellos PE y sus respectivos indicadores que se considere pertinentes en función del análisis realizado en Área de Evaluación “Diseño Institucional”.

2.1 CRSM

2.1.1 Evaluación de indicadores en uso CRSM

Se definen cinco PE para los cuales se presentan 47 indicadores; el análisis de éstos arroja los siguientes resultados, cuyos detalles se encuentran en Anexo N° 6

Cuadro N° 61
Evaluación de Indicadores de Desempeño
CRSM - Año 2010

Dimensión	Ámbito	Total	Adecuados	Con observaciones	Inadecuados
Eficiencia	Resultado	1	0		1
Eficiencia	Proceso	5	4	1	
Calidad	Resultado	14	0	8	6
Calidad	Proceso	8	5	3	
Eficacia	Proceso	1	1		
Eficacia	Resultado	17	15		2
		46	25	12	9

Al respecto se puede señalar que la cantidad de indicadores se considera excesiva y que están ausentes indicadores de eficiencia asociados al ámbito de producto, los que se consideran de particular interés.

2.1.2 Propuesta de indicadores de desempeño CRSM

La propuesta que se presenta, hace una selección de los indicadores ya incorporados por el CRSM y se sugiere la incorporación de aquellos señalados en cursiva; de igual forma se ha agregado un PE ya sugerido por el CRSM con su respectivo indicador.

Los criterios de selección de los indicadores dice relación con la importancia del área a ser evaluada en términos de: impacto para los beneficiarios, relevancia del modelo asistencial aplicado, medición de la gestión institucional y calidad técnica.

En segundo término se ha considerado la existencia de PE asociado a cada uno de los Objetivos Estratégicos que han sido positivamente evaluados en Área de Evaluación “Diseño Institucional”.

Cuadro N° 62
Propuesta de Indicadores de Desempeño
CRSM

Indicador	Dimensión	Ámbito
1 Producto Estratégico: Urgencia Ambulatoria Adulto y Pediátrica		
<i>Tiempo promedio de espera para atención médica de pacientes con categorización C3 (nivel de urgencia que implica atención en menos de 30 min.)</i>	<i>Calidad</i>	<i>Proceso</i>
<i>Variación del gasto promedio mensual en RRHH del Servicio de Urgencia Adulto y Pediátrico por paciente atendido en ese Servicio</i>	<i>Eficiencia</i>	<i>Producto</i>
2 Producto Estratégico: Consulta de Especialidades		
Total de Consultas Médicas realizadas en período t, respecto de Total de Consultas realizadas en período (t-1)	Eficacia	Resultado
Número de consultas Nuevas en período t, respecto al Total de consultas realizadas en período t	Eficacia	Proceso
3 Producto Estratégico: Especialidades y Urgencia Odontológicas		
Cobertura de consultas dentales en período t, respecto a población inscrita	Eficacia	Resultado
4 Producto Estratégico: Unidad de Hospitalización de Corta Estadía		
<i>Costo promedio de día cama en período t, respecto del costo promedio día cama t-1</i>	<i>Eficiencia</i>	<i>Producto</i>
5 Producto Estratégico: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria		
<i>Variación en la tasa de complicaciones post operatorias ocurridas en las 72 hrs. post op.</i>	<i>Calidad</i>	<i>Resultado</i>
6 Producto Estratégico: Atención de Hospitalización Domiciliaria		
Total de Personas Ingresadas a Programa Hospitalización Domiciliaria en período t, respecto de Total de Personas Ingresadas a Programa Hospitalización Domiciliaria en período (t-1)	Eficacia	Proceso
7 Producto Estratégico: Integración de redes sociales al quehacer institucional		
<i>Tasa de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Consejo Consultivo del CRSM</i>	<i>Calidad</i>	<i>Resultado</i>

Se ha incorporado el PE N° 6 asociado al OE N° 6: "Gestión Institucional Innovadora" y el PE N° 7, "Integración de redes sociales al quehacer del establecimiento" que corresponde al OE N° 2.

2.2 CRSCO

El análisis efectuado en el Área de evaluación “Diseño Institucional”, ha hecho observaciones tanto respecto de los Objetivos como de los Productos Estratégicos presentados por este establecimiento. Junto con ello, a través de las entrevistas con los directivos, se ha establecido que el CRSCO considera la necesidad de una nueva Planificación Estratégica, que concluya con definiciones estratégicas acordes a la situación actual del establecimiento y de su entorno.

En este contexto, la propuesta de indicadores de desempeño por parte de Consultora aparece como inadecuada, toda vez que sólo podría expresar una concepción teórica que no necesariamente responde a la realidad del CRSCO. El cuadro siguiente muestra los Indicadores entregados para el período 2010.

**Cuadro N° 63
Indicadores de Desempeño
CRSCO**

Indicador	Dimensión	Ámbito
1 Producto Estratégico: Prestaciones de exámenes de Laboratorio e Imagenología		
Nº de exs. de lab. realizados en 2009/Nº de exs solicitados 2009 con muestra validada para su análisis	Eficacia	Resultado
2 Producto Estratégico: Plan de Capacitación del CRSCO		
%de actividades ejecutadas 2009 respecto de las programadas	Calidad	Resultado
3 Producto Estratégico: Atención de patología GES de Oftalmología		
% de Fichas auditadas de pacientes GES con confirmación de cataratas con constancia archivada	Eficacia	Proceso
% de cumplimiento garantía de oportunidad tratamiento quirúrgico	Eficacia	Proceso
4 Producto Estratégico: Sistema de gestión de calidad Coeficiente de exámenes por atención realizada		
No se hace referencia a indicador específico		
5 Producto Estratégico: Programa de Mantención de Equipamiento Médico		
% de mantenciones preventivas realizadas respecto de las programadas	Eficacia	Proceso

2.3 HPH

2.3.1 Evaluación de indicadores en uso HPH

Se definen cuatro PE, cada uno de los cuales tiene asociado un solo indicador, según muestra el siguiente cuadro:

Cuadro N° 64
Indicadores de Desempeño
HPH

Indicador	Dimensión	Ámbito
1 Producto Estratégico: Atención Ambulatoria		
% de incremento de consultas médicas nuevas de especialidades realizadas	Eficacia	Proceso
2 Producto Estratégico: Atención de Urgencia		
% de casos en que se cumple el tiempo máximo de estada en la emergencia de adultos e infantil	Eficiencia	Proceso
3 Producto Estratégico: Hospitalización		
% de incremento de egresos hospitalarios	Eficacia	Resultado
4 Producto Estratégico: Exámenes y otras atenciones		
Coeficiente de exámenes por atención realizada	Eficiencia	Proceso

Se considera que faltan PE que hagan referencia a dos de los Objetivos Estratégicos del HPH: “Fortalecimiento del Vínculo con la Comunidad” y “Actividad docente integrada a la APS”.

Por otro lado se considera que son insuficientes los indicadores, no en cuanto a la definición de los mismos, sino en cuanto a la cantidad, ámbitos y dimensiones que cubren.

2.3.2 Propuesta de indicadores de desempeño HPH

La selección que se presenta a continuación, considera los mismos elementos señalados en el desarrollo de la propuesta para el CRSMS.

Cuadro N° 65
Propuesta de Indicadores de Desempeño
HPH

Indicador	Dimensión	Ámbito
1 Producto Estratégico: Atención Ambulatoria		
% de incremento de consultas médicas nuevas de especialidades realizadas	Eficacia	Proceso
<i>% de reducción en la tasa de reclamos de pacientes en atención abierta programada</i>	Calidad	Resultado
<i>% de reducción en la tasa de inasistencia a consulta médica ambulatoria</i>	Eficiencia	Proceso
2 Producto Estratégico: Atención de Urgencia		
% de casos en que se cumple el tiempo máximo de estada en la emergencia de adultos e infantil	Eficiencia	Proceso
3 Producto Estratégico: Hospitalización		
% de incremento de egresos hospitalarios	Eficacia	Resultado
<i>Variación del costo promedio del día cama en Unidades seleccionadas (definir trazadores)</i>	Eficiencia	Producto
4 Producto Estratégico: Exámenes y otras atenciones		
Coeficiente de exámenes por atención realizada	Eficiencia	Proceso
<i>Reducción del costo promedio de la cirugía ambulatoria (seleccionar trazadoras)</i>	Eficiencia	Producto
5 Producto Estratégico: Fortalecimiento del vínculo con la comunidad		
<i>Tasa de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Consejo Consultivo del CRSMS</i>	Calidad	Resultado
6 Producto Estratégico: Actividad docente de formación de especialistas a través de un modelo integrado con la APS		
<i>Incremento en horas médicas de becados universidad en convenio que realizan labor asistencial en consultorios de APS de las comunas correspondientes al HPH</i>	Eficacia	Proceso

Las modificaciones efectuadas se muestran en cursiva y corresponden a indicadores del área “Eficiencia – Producto” y otros relacionados con la atención ambulatoria. Los PE que se han

agregado son los N° 5 y N° 6, con lo cual todos los OE están representados en estos indicadores de desempeño

Capítulo 5

Área de Evaluación: “Encuesta Usuario Interno”

1 Introducción

La presente Evaluación Comprehensiva del Gasto ha incorporado en su metodología una encuesta a usuarios internos de los EE, en consideración a que los resultados de la gestión de una institución de salud, están fuertemente determinados por los RRHH que en él laboran. Por tanto, en el contexto de una evaluación como la presente, es de primordial interés el saber a través de fuentes de información primaria, cuáles son los elementos que lo caracterizan. Finalmente, los resultados de esta encuesta pueden ser una importante herramienta de gestión para los EE.

Las encuestas en-línea realizada a usuarios internos, tiene como propósito conocer y analizar el impacto que ha tenido este nuevo modelo de gestión y su percepción respecto de las ventajas o desventajas que presenta para los trabajadores de la salud la introducción de nuevos estándares de calidad, beneficios y exigencias de las que están siendo parte.

Se pretende además conocer el impacto de las políticas hacia los trabajadores de los EE y si un ambiente de trabajo en condiciones como las que se desarrollan actualmente en dichos establecimientos, es propicio para entregar una atención de salud de calidad, tanto en términos de recursos financieros y humanos, como en sus procesos.

Con el fin de identificar posibles cambios o evoluciones en la percepción respecto de los aspectos planteados, se realizará un análisis comparativo con el estudio realizado en el año 2007¹⁹⁵ para cada acápite, en donde se aplicó la misma encuesta¹⁹⁶.

Dada la relevancia que se otorga a este tema, el análisis busca no sólo analizar las respuestas frente a las diferentes preguntas realizadas, sino también ver diferencias por estamento y por tipo de contrato, ya que particularmente este último es un factor determinante en las respuestas.

1.1 Metodología

La aplicación del instrumento 2011 fue en-línea¹⁹⁷, estableciéndose un computador en cada EE para que los funcionarios pudieran contestar durante su jornada laboral, utilizándose el

¹⁹⁵ Estudios realizado por la Dra. Susana Pepper por encargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el año 2007.

¹⁹⁶ En la encuesta 2011 se agregaron algunos ítems de interés para el estudio en curso, el resto se mantuvo sin modificaciones (ver en Anexos: Variables y Dimensiones del instrumento).

¹⁹⁷ No se encontraron mayores dificultades ni se pudo objetivar sesgos a partir del análisis del proceso ni de sus resultados. La participación fue muy activa, incluyendo 189 comentarios adicionales entregados por los encuestados, los que son sistematizados en el punto 7 de este capítulo.

el mismo instrumento para los tres EE¹⁹⁸. La metodología de aplicación para el año 2007 fue distinta, siendo en el 2007 cara a cara, en cada EE, con muestreo no probabilístico por cuotas.

Para establecer la muestra se utilizó una clasificación según estamentos, que también será utilizada durante el análisis, a saber:

- Estamento A: Directivos (Dir.)
- Estamento B: Médicos (Md.) y Profesionales No Médicos (Prof. No Md.)
- Estamento C: Administrativos (Adm.), Auxiliares (Aux.) y Técnicos Paramédicos (TPM).

2 Análisis por establecimiento:

Para cada establecimiento se analizan las mismas dimensiones y variables, manteniendo el orden de presentación de ellos y una relativa homogeneidad en la presentación de los datos, cuando corresponda, para simplificar su comprensión. En aquellos casos en que no se presenta la comparación con el año 2007, es que en ese año no se planteó la pregunta¹⁹⁹. El análisis en profundidad que se realiza, para cada dimensión es en relación al 2011²⁰⁰. Los datos del 2007 sólo se presentan en el gráfico.

Se recurre a la presentación gráfica de los datos, según determinadas variables que se consideren relevantes para el caso (tipo de contrato, grupo, estamento). En Anexos se presentan los cuadros con mayor detalle para cada dimensión sólo para el año 2011.

Se utilizan los siguientes estadísticos:

- Media aritmética
- Desviación Típica o Estándar (DT)

Todos los gráficos y cuadros fueron elaborados por GSC.

3 CRS Maipú

3.1 Descripción de la muestra

En el CRS Maipú un total de 240 personas contestaron la encuesta en el 2011, de los cuales un 66,3% es mujer y un 32,5% hombre. En el Cuadro N° 71 se puede ver el grupo al que

¹⁹⁸ Mayor detalle sobre el modelo de aplicación y el diseño muestral en Anexos.

¹⁹⁹ Ver Tabla de Dimensiones y Variables en Anexos.

²⁰⁰ En el cálculo de los porcentajes no se consideraron las respuestas “no contesta” debido a su baja frecuencia.

pertenecen los encuestados por tipo de contrato. Resalta que sólo un 5,4% de los encuestados tiene contrato indefinido y sobre un 70% se encuentra a honorarios.

Cabe señalar que el CRSM no tiene personas contratadas a honorarios y los que se auto definen como tales corresponden a personal contratado vía compra de servicios; este es un tema relevante al momento de las conclusiones.

En el CRSM un 59,2% de los encuestados pertenecen al Estamento C; un 37,1% al Estamento B y un 1,7% al A. El 2,1% que marca la opción “otro” se refiere en este caso a técnicos contables.

**Cuadro N° 66
Encuestados según grupo al que pertenecen y tipo de contrato. 2011.**

	Adm.	Aux.	Md.	Prof. No Md.	TPM	Otro	Dir.	Total	N
Contrato Definido	2,9%	1,7%	2,9%	8,3%	5,8%	,8%	1,7%	24,2%	58
Contrato Indefinido	1,3%	,8%	,8%	,8%	1,7%	,0%	,0%	5,4%	13
Honorario	12,1%	6,7%	6,3%	17,9%	26,3%	1,3%	,0%	70,4%	169
Total	16,3%	9,2%	10,0%	27,1%	33,8%	2,1%	1,7%	100,0%	240

En el Cuadro N°72 se observa la relación entre el tipo de contrato y la cantidad de tiempo en el establecimiento, resaltando que aquellos con contrato llevan en su mayoría más de 4 años en el establecimiento, mientras que una alta proporción de aquellos que llevan menos de 4 años se encuentra a honorarios.

**Cuadro N° 67
Encuestados según tiempo de trabajo en el establecimiento y tipo de contrato. 2011.**

	1 año o menos	Entre 2 y 3 años	Entre 4 y 7 años	Entre 8 y 11 años	Más de 12 años
Contrato Definido	1,3%	1,3%	5,6%	10,3%	6,0%
Contrato Indefinido			0,4%	2,2%	3,0%
Honorario	12,1%	33,6%	18,1%	2,6%	3,4%
Total	13,4%	34,9%	24,1%	15,1%	12,5%

En el año 2007, que se está utilizando como punto de comparación para el análisis, se encuestaron a 81 personas en el CRSM, siendo un 64,2% mujer y un 35,8% hombres. En esa ocasión no se encuestó a Dir. (Estamento A). En el Cuadro N°73 se ve su distribución según tipo de contrato y grupo, destacando la menor proporción de honorarios en ese año.

Cuadro N° 68
Encuestados según grupo al que pertenecen y tipo de contrato. 2007.

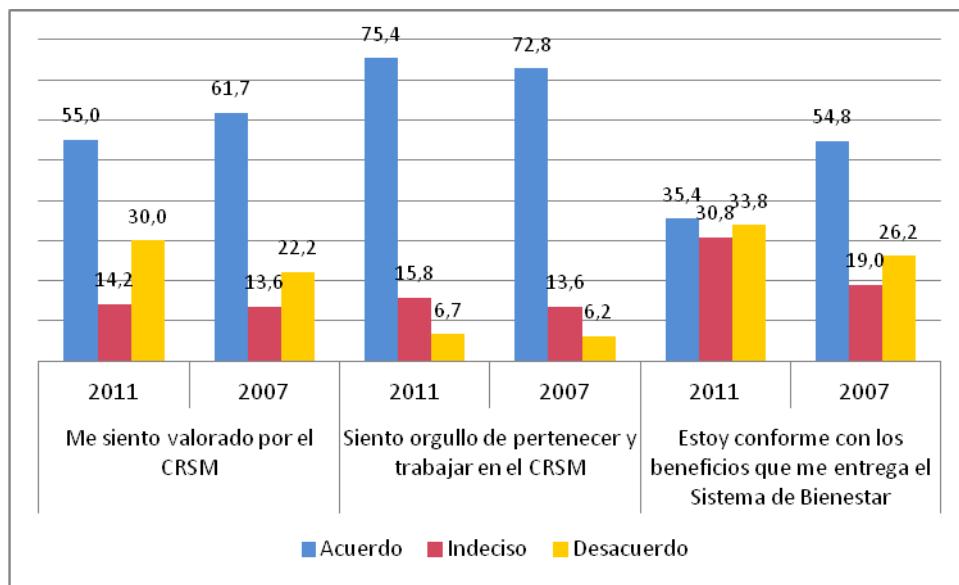
	Adm.	Aux.	Md.	Prof. No Md.	TPM	Total
Contrato Definido	9,9%	6,2%	7,4%	3,7%	13,6%	40,7%
Contrato Indefinido	2,5%	0,0%	3,7%	3,7%	7,4%	17,3%
Honorario	7,4%	3,7%	6,2%	7,4%	17,3%	42,0%
Total	19,8%	9,9%	17,3%	14,8%	38,3%	100,0%

Al preguntarles, en el 2011, “¿Sabe que el CRSM, es un establecimiento experimental del SS, ya que tiene características administrativas distintas al resto de los establecimientos de atención?”, un 84,2% responde que “sí”, un 9,2% responde que “algo había escuchado” y un 5,4% responde “no”.

3.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Se indagó sobre el sentido de pertenencia, es decir, el grado en que el trabajador se siente parte de la institución en la que se desenvuelve cotidianamente, así como el grado en que se siente valorado en cuanto a las responsabilidades que tiene a su cargo. Por otro lado, el orgullo de trabajar en la institución, que implica la valoración que tiene el trabajador respecto de la institución de la que forma parte.

Gráfico N° 19
Sentido de pertenencia a la institución 2011 - 2007



Ante “Me siento valorado por la institución”, disminuye su acuerdo entre el 2007 y el 2011, el mayor desacuerdo se encuentra entre los TPM y los Prof. No Md. (sobre el 33% de cada grupo en desacuerdo. Ver cuadro en Anexos para mayor detalle), siendo también los grupos que presentan mayor acuerdo. En cuanto a tipo de contrato también se observan diferencias significativas, siendo que aquellos a honorarios presentan un mayor desacuerdo y menor acuerdo que aquellos a contrata, especialmente a contrato definido.

El “Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRSM”, el mayor porcentaje de acuerdo se encuentra entre los Adm. y los Aux.; habiendo en general poco desacuerdo. Aumenta el porcentaje de acuerdo entre el 2007 y el 2011, aumentando también el de indecisos (que se concentra principalmente en el grupo de los Prof. No Md.). Por tipo de contrato también se aprecian diferencias, disminuyendo el porcentaje de acuerdo en aquellos a honorarios, en relación a los a contrata (ver cuadro en Anexos).

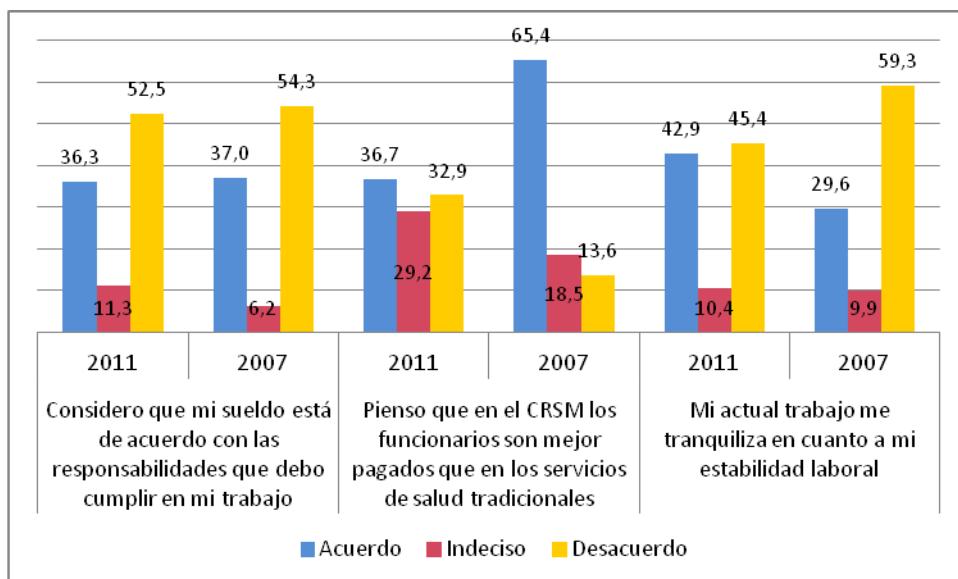
La pregunta “Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar” fue sólo contestada por aquellos a contrata, habiendo una diferencia entre aquellos con contrato definido (en que el 33,3% de ellos está de acuerdo con la afirmación) a aquellos con contrato indefinido (en que un 45,5% está de acuerdo²⁰¹). El mayor desacuerdo se encuentra entre los Prof. No Md. y los TPM. (Ver mayor detalle en Anexos).

3.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionalaria y posibilidades de ascenso

En esta dimensión se busca indagar en la satisfacción del funcionario/a respecto al sueldo recibido en relación a sus responsabilidades; la comparación con otros establecimientos de salud tradicionales; y la percepción del funcionario respecto a sus condiciones laborales de tipo contractual y la estabilidad que le generan. En Anexos se presenta mayor detalle sobre estas variables.

²⁰¹ Es importante recordar que son sólo 13 funcionarios a contrato indefinido y 55 a contrato definido.

Gráfico N° 20
Estructura de sueldo y estabilidad laboral, 2011 – 2007



En el caso del CRSM, hay un alto grado de desacuerdo en la relación entre el sueldo y las responsabilidades, con una media de 2,74 (en una escala de 1 a 5, donde 1 es desacuerdo y 5 es acuerdo²⁰²) y una desviación típica (DT) de 1,348. El mayor desacuerdo se encuentra entre aquellos a honorarios y los TPM, mientras que el mayor acuerdo está entre aquellos con contrato definido y entre los Prof. No Md.

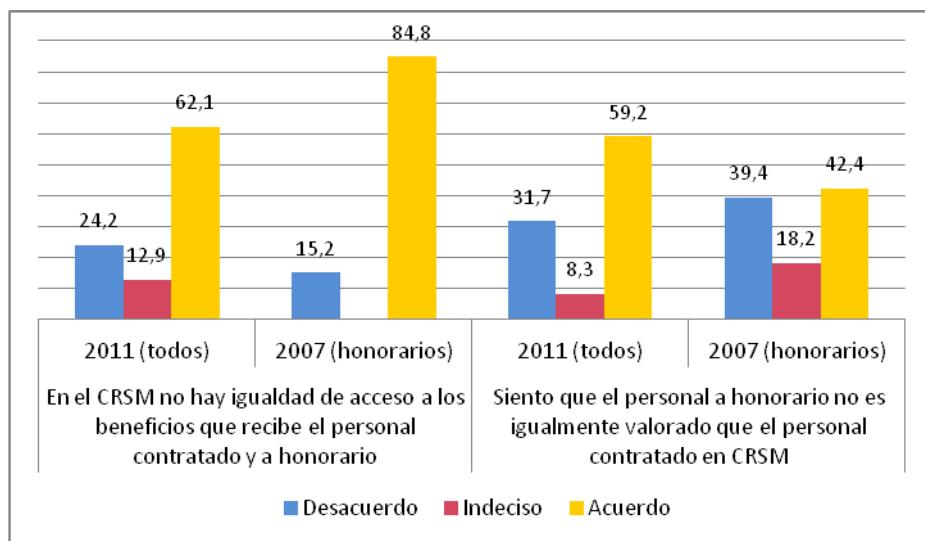
En la segunda pregunta del gráfico anterior, la media es de 3,05 (con una DT de 1,185), disminuyendo significativamente el grado de acuerdo entre el 2007 y el 2011. Para el 2011, el 54,4% del personal con contrato definido responde estar de acuerdo; mientras que un 29,9% de aquellos a honorarios responde de acuerdo, contra un 35,3% que está en desacuerdo.

La percepción de estabilidad con el trabajo tiene una media de 2,93 (DT=1,436), aumentando el acuerdo desde el 2007, estando el acuerdo principalmente en aquellos con contrato y disminuyendo en aquellos a honorarios, donde el desacuerdo es del 53% en ese grupo.

De esta forma, se observa una mayor insatisfacción con la estructura de sueldos que en el 2007, lo que no ha impactado negativamente en la estabilidad laboral percibida.

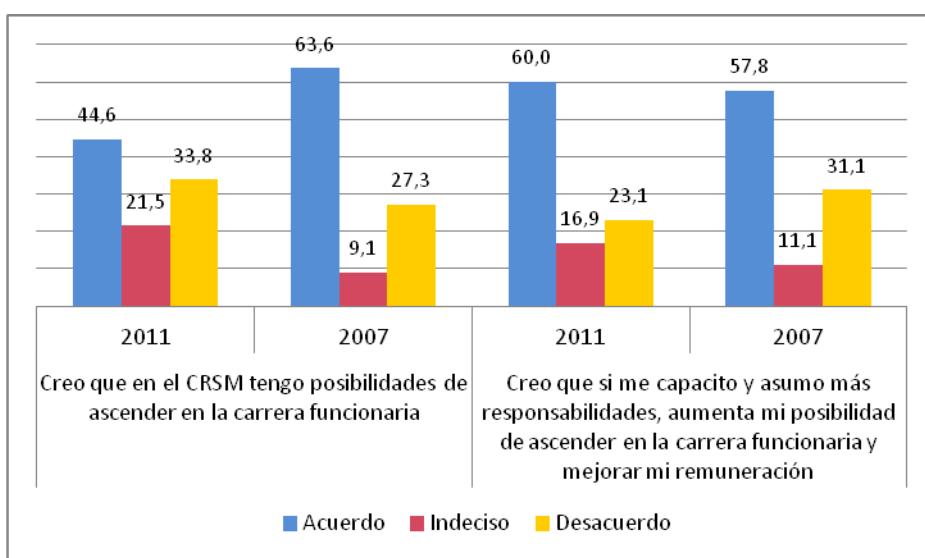
²⁰² Esta escala se mantiene para todas las preguntas que son una escala entre ‘muy en desacuerdo’, ‘en desacuerdo’, ‘indeciso/indiferente’, ‘de acuerdo’, ‘muy de acuerdo’, de 1 a 5, por lo que la media y la DT se refieren también a este rango.

Gráfico N° 21
Percepción de diferencias por tipo de contrato (2011 – 2007²⁰³).



En cuanto a las diferencias percibidas según tipo de contrato, se observa un mayor acuerdo en el 2011 con respecto a los beneficios recibidos y a la valoración que tienen aquellos a honorarios con respecto a aquellos a contrata. Para ambas preguntas no se observan grandes diferencias entre el tipo de contrato de los encuestados, siendo mayor el porcentaje de acuerdo entre aquellos a honorarios para ambas preguntas.

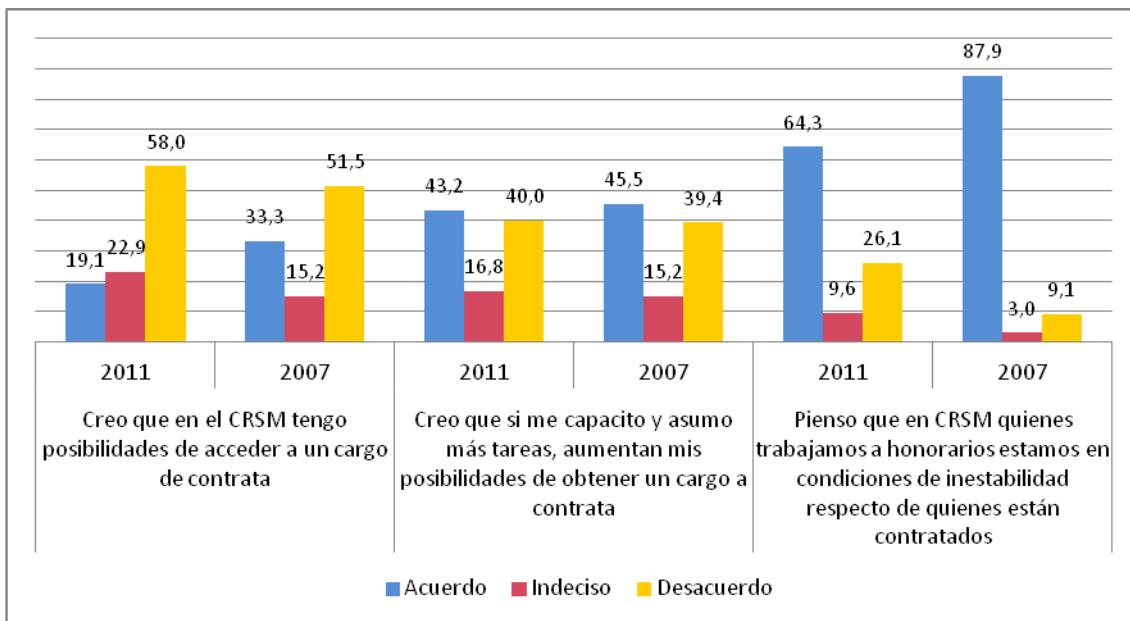
Gráfico N° 22
Personal a contrata: Carrera Funcionaria (2011 – 2007).



²⁰³ En el 2007 sólo el personal a honorarios contestó esta pregunta, mientras en el 2011 todos los encuestados lo hicieron.

En cuanto a las posibilidades de ascender en la carrera funcional, para aquellos a contrata, el nivel de acuerdo disminuye del 2007 al 2011; sin embargo, se le da mayor importancia a la capacitación y al asumir más responsabilidades para poder ascender y mejorar la remuneración.

Gráfico N° 23
Personal a Honorarios: Expectativas y Percepciones 2011 – 2007.



Para los funcionarios a honorarios, la posibilidad de acceder a un cargo a contrata ha disminuido desde el 2007, con una media para el 2011 de 2,31 y una DT de 1,264, siendo predominante el desacuerdo con esta opción, principalmente entre los TPM. y los Aux. En cuanto a esa posibilidad relacionada con la capacitación y el asumir más responsabilidades también aumenta ligeramente el desacuerdo y disminuye el acuerdo (media=3,04 y DT 1,338 para el 2011). Sin embargo, como se vio también en una de las preguntas anteriores, estos factores no han afectado la percepción de estabilidad, disminuyendo aquellos que se sienten en condiciones de inestabilidad con respecto a aquellos contratados (media=3,70 y DT=1,491, en 2011), siendo los TPM. los que presentan mayor acuerdo con la afirmación.

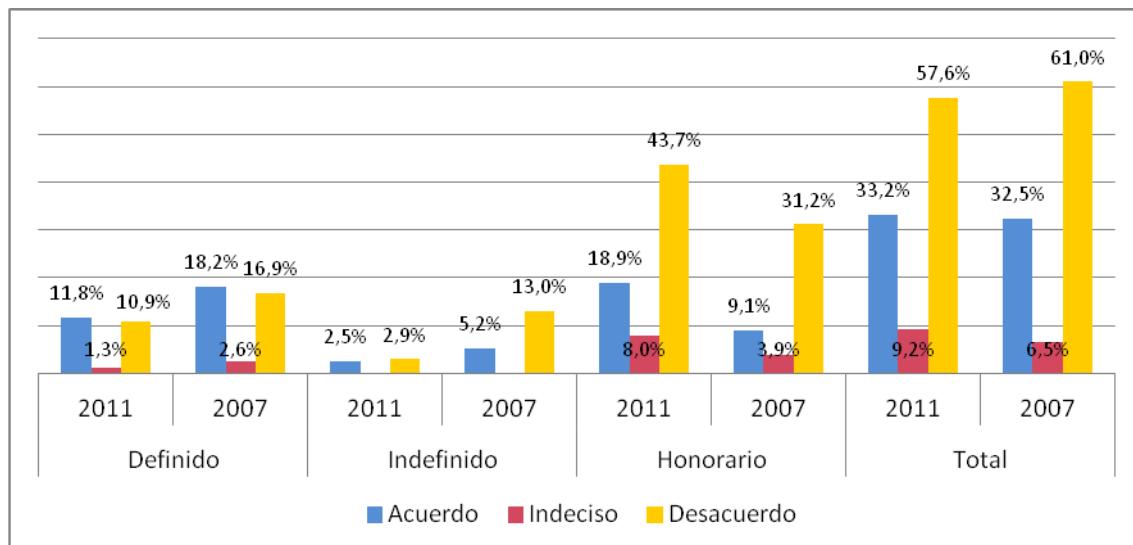
3.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

En esta dimensión se quiere observar la percepción de los funcionarios de acceder a cursos de perfeccionamiento y/o capacitación dentro de la Institución, en función de la existencia de programas o convenios con otras Instituciones externas o en el mismo establecimiento; y la igualdad de oportunidades en el acceso a estos cursos entre los diferentes estamentos y modalidad de contrato. Estas dimensiones implican en su conjunto la obtención de un mayor

status laboral y a la vez también social al interior de la Institución, y de una autovaloración positiva como trabajador, no sólo en términos económicos, sino también gracias al esfuerzo y méritos personales.

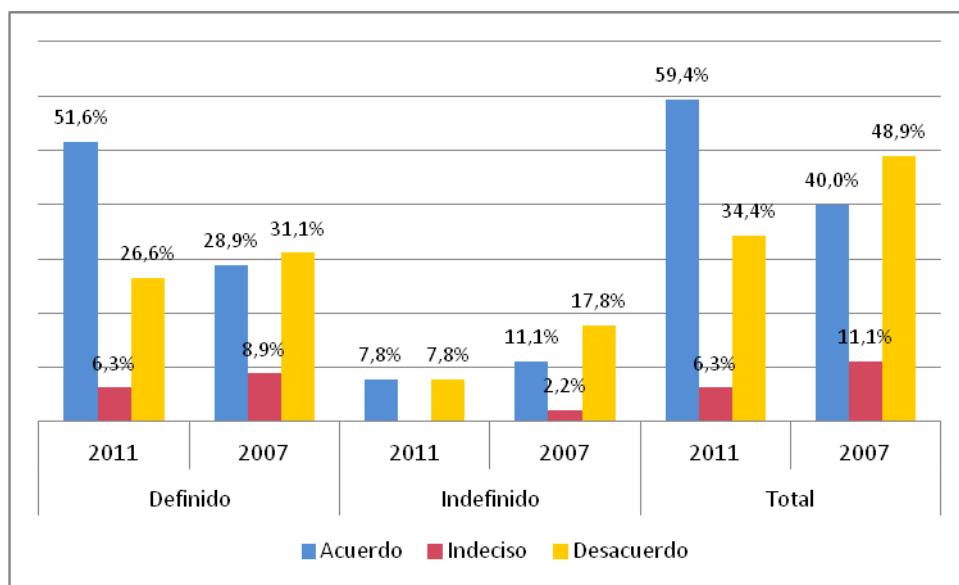
Gráfico N° 24

“En el CRSM todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga”. Segundo tipo de contrato (en % del total), 2011 – 2007



En el gráfico anterior se puede observar que el grado de acuerdo con respecto a la igualdad de oportunidades para acceder a capacitaciones disminuye en aquellos a contrata, mientras que entre aquellos a honorarios aumenta (al igual que el desacuerdo).

Gráfico N° 25
“En el CRSM hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios” (en % del total). Según tipo de contrato, sólo contrata. 2011 – 2007.



En cuanto a los funcionarios a contrata, el acuerdo con la posibilidad de acceder a capacitaciones aumenta considerablemente, disminuyendo el desacuerdo. La diferencia con respecto a la pregunta anterior, es que en esta no se considera a los funcionarios a honorarios.

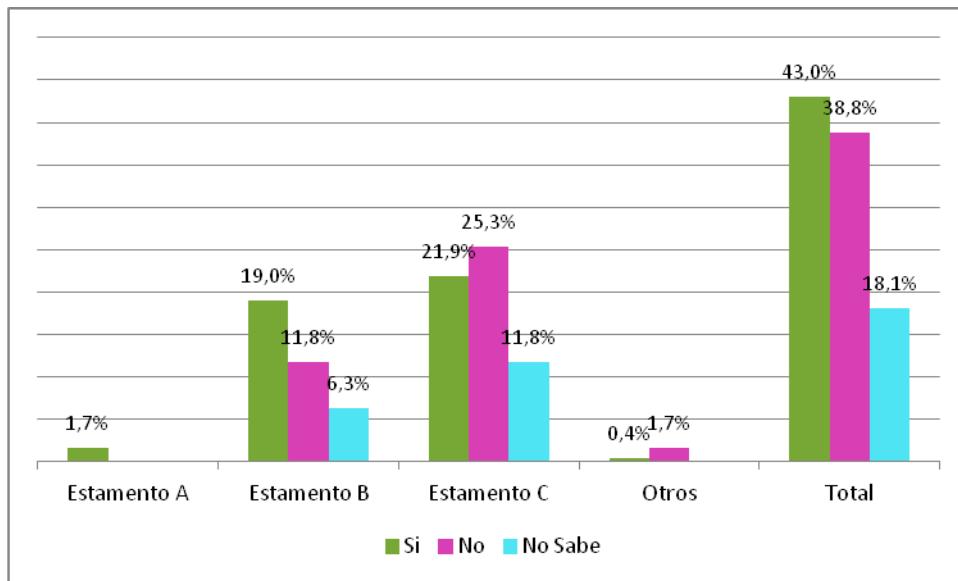
Para ambas variables se presentan mayores detalles en Anexos, donde se da cuenta de las diferencias según grupo.

3.5 Existencia y uso de instancias de participación

En esta dimensión se quiere indagar en los espacios formales y concretos de participación al interior de la institución, donde los funcionarios tengan la posibilidad de dar su opinión y ser escuchados, así como el uso de estos espacios por parte de los trabajadores y su percepción con respecto a la capacidad de resolución de estas instancias y la credibilidad que tienen los trabajadores en la concreción de los acuerdos adoptados en ellas.

Gráfico N° 26

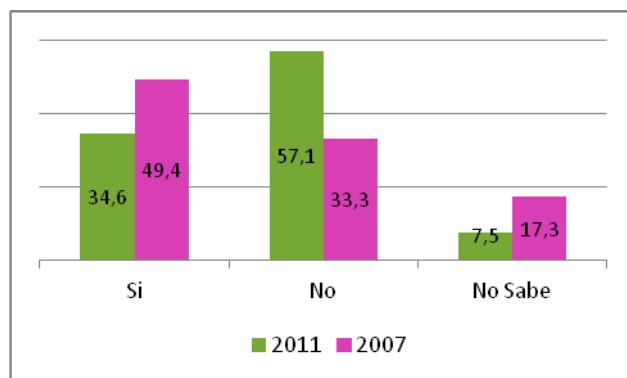
“¿Existen dentro del CRSM instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?” Según estamento. 2011.



Para las tres variables analizadas en esta dimensión se observa una diferencia significativa en cuanto a tipo de contrato (ver más detalle en Anexos), siendo que aquellos a honorarios consideran, en un 44,6%, que “no” existen instancias formales de participación (en relación a un 24,1% de aquellos con contrato definido), y sólo un 33,7% dice “si” (contra un 63,8% de aquellos con contrato definido).

Gráfico N° 27

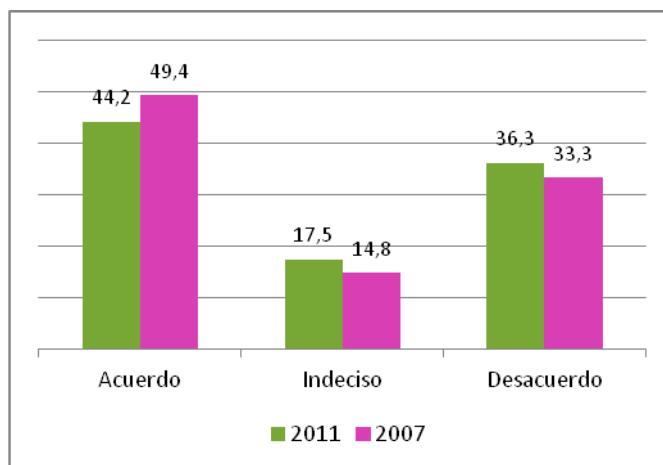
“En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRSM?”. 2011 – 2007



El 63,8% de los funcionarios a contrato definido ha asistido en los últimos 6 meses a alguna instancia de participación, mientras que sólo el 22,8% de aquellos a honorarios lo ha hecho y

un 68,3% no. En el gráfico anterior y en el siguiente se puede observar la diferencia entre el 2007 y el 2011, disminuyendo la asistencia a estos espacios y la credibilidad en ellos.

Gráfico N° 28
“Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones”. 2011 – 2007.



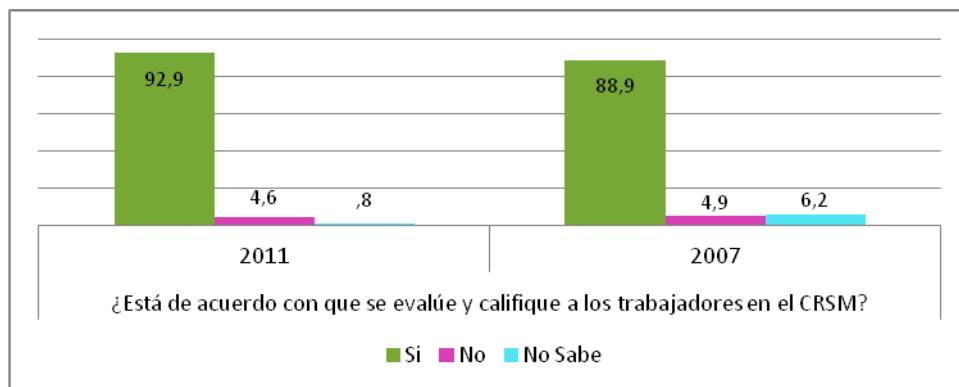
La credibilidad en cuanto a los espacios de participación y su utilidad presenta diferencias menores según contrato, pero igual significativas: el 40,4% de aquellos a honorarios está en desacuerdo con la afirmación (contra un 28,6% de aquellos con contrato definido) y un 39,8% está de acuerdo (con un 58,9% para contrato definido).

Al comparar las medias para estas variables de participación, la credibilidad en estos espacios es mayor (3,07 y DT de 1,339) que aquella sobre la existencia de estos espacios (1,75 y DT de 0,743) y la asistencia a los mismos (media de 1,73 y DT de 0,593).

3.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

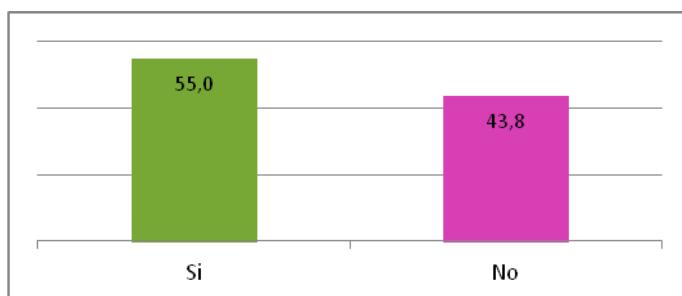
Busca conocer la aprobación o desaprobación de los funcionarios respecto de ser evaluados periódicamente por su desempeño laboral (a contrata y a honorarios), y medir el grado de acuerdo o aprobación de los funcionarios contratados, respecto de la efectividad de este sistema de evaluación, en función de que mide realmente su desempeño y si esto los motiva para desempeñar mejor su trabajo.

Gráfico N° 29
Acuerdo con la evaluación de desempeño. 2011 – 2007.



En general, los funcionarios están de acuerdo con que se les evalúe y califique, aumentando desde el 2007. Para esta pregunta no se observan diferencias significativas según tipo de contrato ni grupo (el detalle de estas variables se encuentra en Anexos).

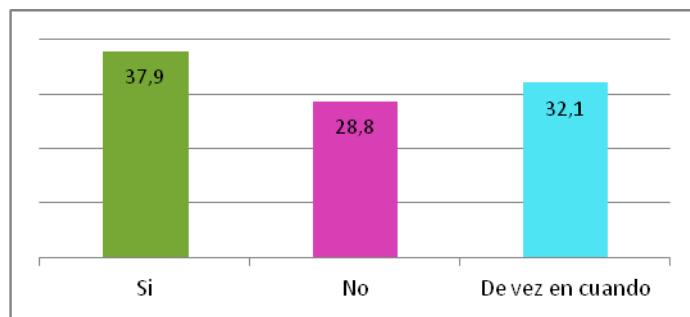
Gráfico N° 30
“¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?”.
2011



En cuanto a los criterios de evaluación, estos no están tan claros, principalmente entre los TPM. (en que un 58% responde “no” tenerlos claro). En cuanto al tipo de contrato, son aquellos a honorarios que manifiestan más “no” tener claridad, con un 49,1% de este grupo, contra un 33,3% de aquellos con contrato definido.

Gráfico N° 31

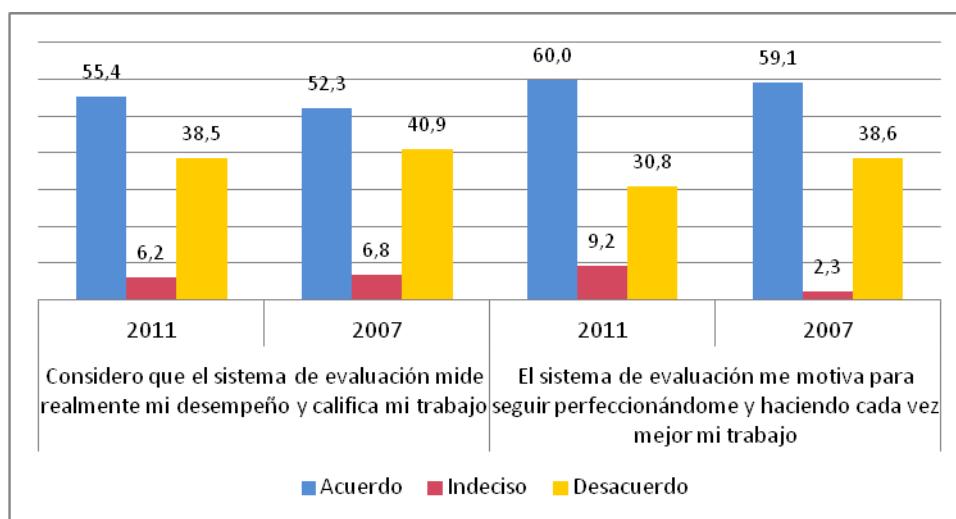
“Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?”. 2011.



Los Prof. No Md. y los Md. son los que más marcan la opción “si” para la pregunta del gráfico anterior, mientras que los Aux.es y TPM. son aquellos que más marcan la opción “no”. Se observan diferencias por contrato también, en que un promedio de 51,5% de aquellos con contrato definido e indefinido marcan que “si”, contra un 33,5% de aquellos a honorarios; mientras que la opción “no” la marcan el 32,3% de aquellos a honorarios y un 19,3% de aquellos a contrato definido.

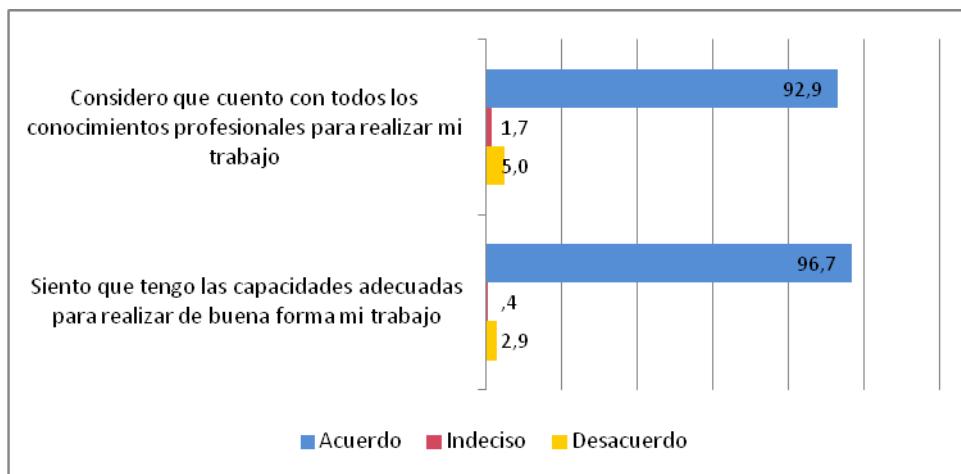
Gráfico N° 32

Percepción sobre el sistema de evaluación. Personal a contrata. 2011 – 2007.



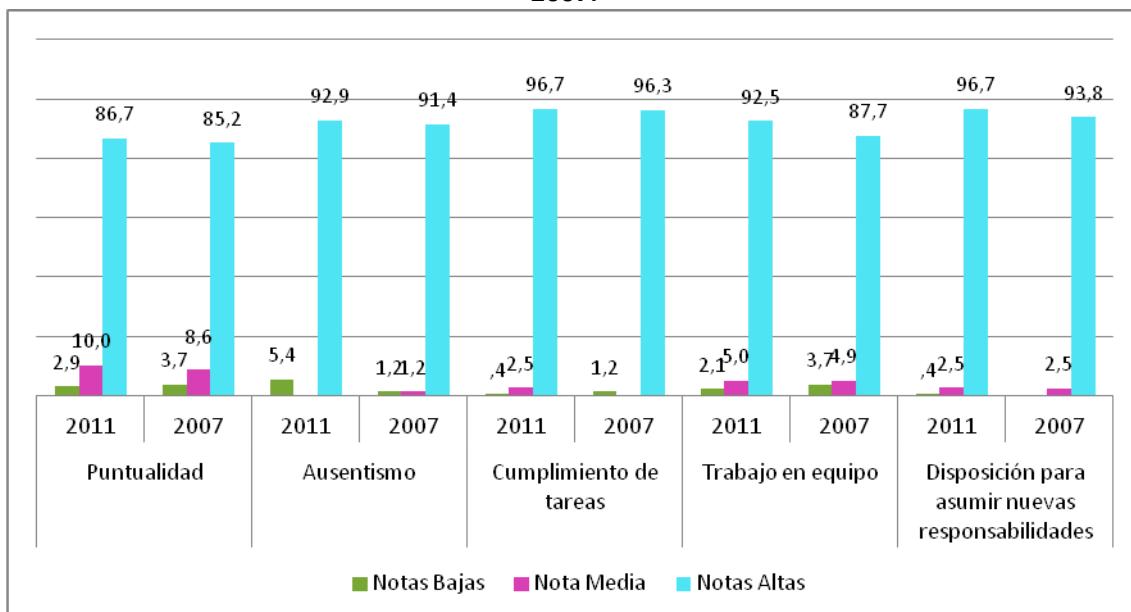
La percepción del personal a contrata con respecto al sistema de evaluación es alta, aumentando su aprobación desde el 2007, sin embargo el desacuerdo se mantiene elevado (se observan leves diferencias según grupo, como se muestra en Anexos).

Gráfico N° 33
Auto evaluación de competencias. 2011



La autoevaluación de competencias por parte del personal del CRSM es alta, sin apreciarse mayores diferencias según tipo de contrato ni grupo.

Gráfico N° 34
Autoevaluación de Desempeño Laboral. 2011 – 2007.



En cuanto a la autoevaluación de desempeño laboral, se les solicitó a los encuestados poner una nota, de 1 a 7 ante determinados aspectos²⁰⁴. Se puede observar que en todas las notas

²⁰⁴ La recodificación de las notas considera que:

altas aumentan del 2007 al 2011, siendo la menor para el ámbito de puntualidad y de ausentismo, que son aquellas con una mayor DT.

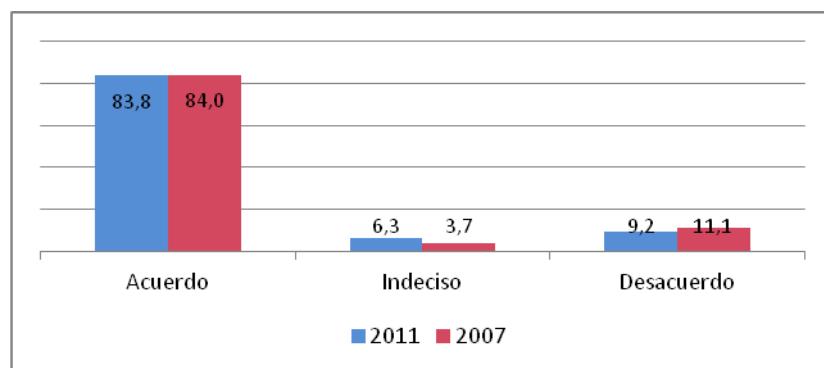
**Cuadro N° 69
Estadísticos: Autoevaluación de Desempeño. 2011 – 2007.**

		Puntualidad	Ausentismo	Cumplimiento de tareas	Trabajo en equipo	Disposición para asumir nuevas responsabilidades
N 2011	Válidos	239	236	239	239	239
	Perdidos	1	4	1	1	1
N 2007	Válidos	79	76	79	78	78
	Perdidos	2	5	2	3	3
Media 2011		6,32	6,50	6,70	6,64	6,74
Media 2007		6,33	6,74	6,81	6,54	6,83
DT. 2011		,850	1,190	,621	,714	,542
DT. 2007		,970	,789	,556	,817	,439

3.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Según la mayoría de los funcionarios, se atiende bien a los pacientes en el CRSM, observándose diferencias según tipo de contrato, en que en promedio un 74,7% de aquellos con contrato definido e indefinido marcan “acuerdo”, contra un 85% de aquellos a honorarios (ver en Anexos).

**Gráfico N° 35
“En general, en el CRSM se atiende bien a los pacientes”. 2011 – 2007.**

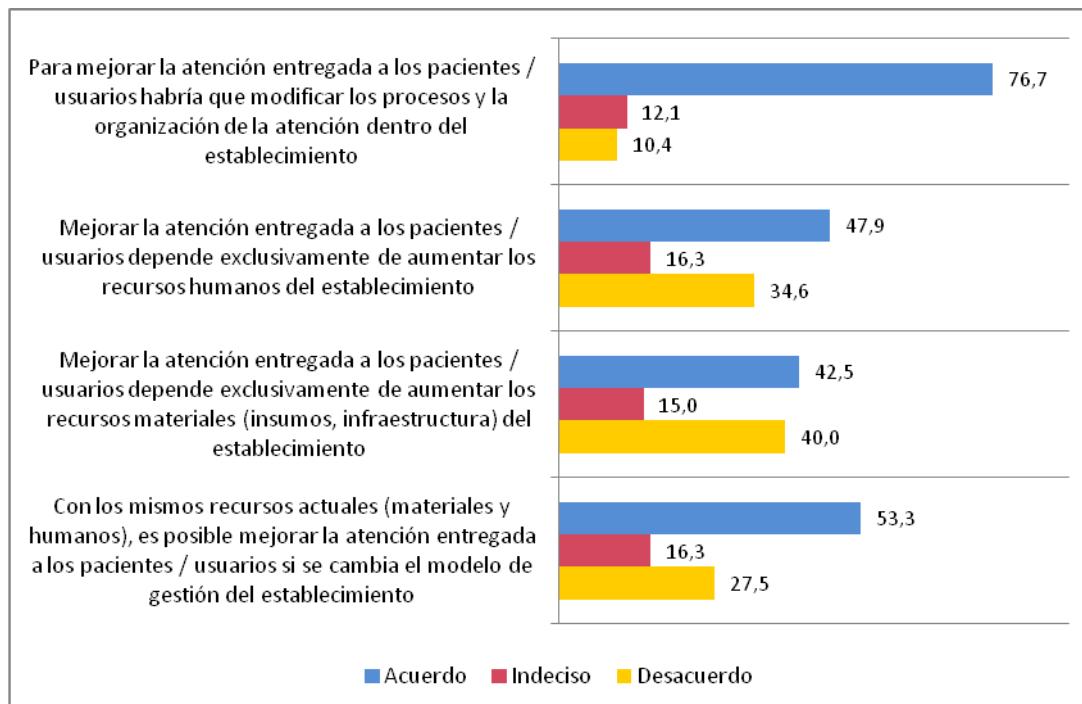


Notas Bajas: de 1 a 4

Notas Medias: 5

Notas Altas: 6 y 7

Gráfico N° 36
Medidas para mejorar la atención entregada a los pacientes. 2011.



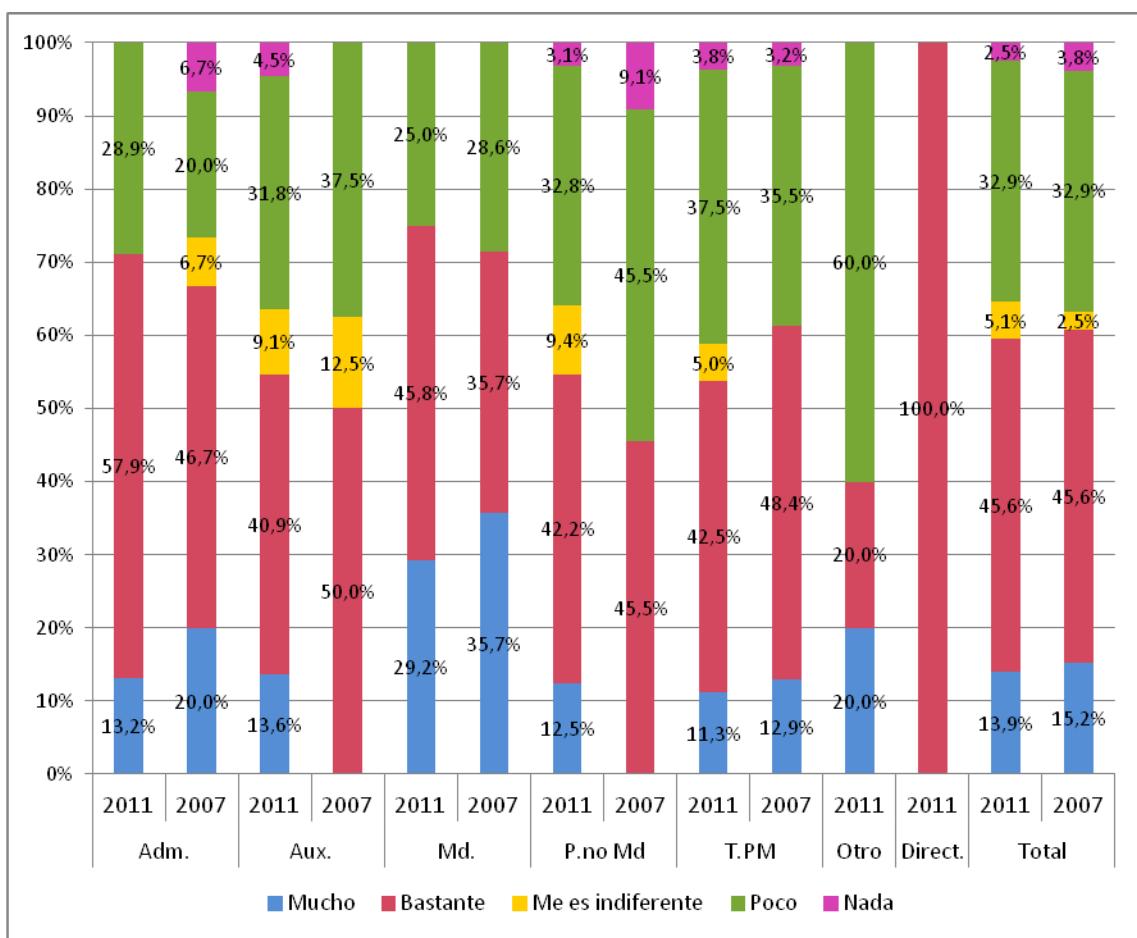
Para lograr una mejor atención, se observa el mayor porcentaje de acuerdo con que “es necesario modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento”, siendo la opción más marcada por los TPM., los Dir., Md., Adm., Aux. y Prof. No Md. La segunda afirmación con mayor porcentaje de acuerdo es aquella en que “para mejorar la atención al paciente hay que cambiar el modelo de gestión del establecimiento” (aunque el porcentaje de desacuerdo es también alto). Para las otras preguntas, como se presenta en el gráfico anterior, las percepciones se distribuyen más entre las diferentes opciones.

En Anexos se presenta la diferencia según grupo, según tipo de contrato no se observan diferencias significativas, y también porque se considera que, al trabajar cada grupo en áreas diferentes, la percepción respecto a estas preguntas es diferente y por tanto justifica el análisis individualizado.

3.8 Satisfacción con la Infraestructura

Gráfico N° 37

“¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRSM le facilitan su trabajo?” (en % según grupo). 2011 – 2007.



En el gráfico se muestra, según grupo, cuánto facilita la infraestructura y el equipamiento al trabajo del personal. En éste se puede apreciar que para todos los grupos, tanto para el 2007 como para el 2011, la opción “mucho” y “bastante” supera el 50% de las respuestas (exceptuando para el grupo de Prof. No Md. para el 2007 y el grupo ‘otro’, (que son 5 personas), con un porcentaje acumulado total de 59,5%; mientras que “poco” tiene un 32,9% del total).

4 CRS Cordillera Oriente

4.1 Descripción de la muestra

En el CRSCO un total de 177 personas contestaron la encuesta en el año 2011, de los cuales un 74,6% es mujer y un 24,3% es hombre. Siguiendo con el cálculo realizado para la definición de la muestra, en el CRSCO, un 48% pertenece al Estamento C (Adm., Aux. y TPM.), un 47,5% al Estamento B (Md. y Prof. No Md.), un 3,4% al Estamento A (Dir.) y un 1,1% a “otros” (un técnico eléctrico y una persona que no especifica). En el cuadro N°75 se ve la distribución de los encuestados según grupo y tipo de contrato.

Cuadro N° 70
Encuestados según grupo al que pertenecen y tipo de contrato. 2011.

	Adm.	Aux.	Médico	Prof. No Md.	TPM	Otro	Directivo	Total	N
Contrato Definido	9,0%	0,6%	9,6%	15,8%	7,3%	1,1%	1,7%	45,2%	80
Contrato Indefinido	1,1%	0,0%	3,4%	2,3%	1,1%	0,0%	1,7%	9,6%	17
Honorario	14,1%	1,7%	1,7%	14,7%	13,0%	0,0%	0,0%	45,2%	80
Total	24,3%	2,3%	14,7%	32,8%	21,5%	1,1%	3,4%	100,0%	177

En el cuadro N°76 se puede apreciar la cantidad de tiempo que lleva el encuestado trabajando y el tipo de contrato, siendo que la mayoría de aquellos que tienen contrato (definido e indefinido) llevan trabajando más de 4 años en el establecimiento, mientras que aquellos con contrato a honorario se concentran en aquellos con menos de 7 años.

Cuadro N° 71
Encuestados según tiempo de trabajo en el establecimiento y tipo de contrato. 2011.

	Menos de 1 año	Entre 2 y 3 años	Entre 4 y 7 años	Entre 8 y 11 años	Más de 12 años	Total
Contrato Definido	6,0%	4,2%	16,1%	7,7%	13,7%	47,6%
Contrato Indefinido	0,6%	1,2%	0,6%	1,2%	6,5%	10,1%
Honorario	11,3%	12,5%	13,7%	3,0%	1,8%	42,3%
Total	17,9%	17,9%	30,4%	11,9%	22,0%	100,0%

En el año 2007, se realizaron un total de 80 encuestas. En esa ocasión no se encuestó a Directivos. La distribución de esta muestra se presenta en el cuadro siguiente:

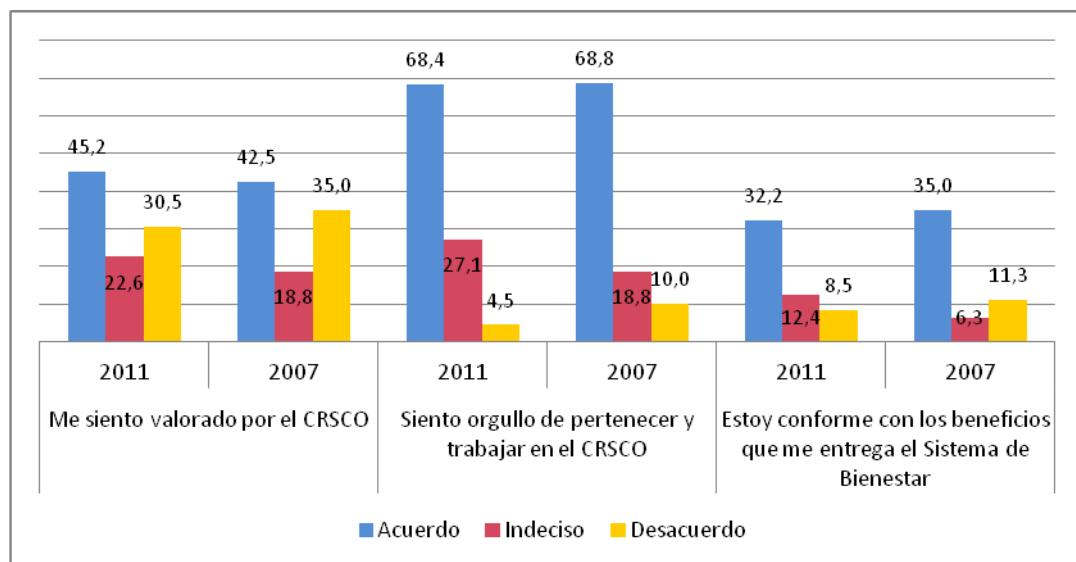
Cuadro N° 72
Encuestados según grupo al que pertenecen y tipo de contrato. 2007.

	Adm.	Aux.	Md.	Prof. No Md.	TPM	Total
Contrato Definido	8,8%	2,5%	12,5%	11,3%	10,0%	45,0%
Contrato Indefinido	1,3%	0,0%	3,8%	1,3%	5,0%	11,3%
Honorario	15,0%	3,8%	5,0%	7,5%	12,5%	43,8%
Total	25,0%	6,3%	21,3%	20,0%	27,5%	100,0%

En el año 2011, ante la pregunta “¿Sabe que el CRSCO, es un establecimiento experimental del SS, ya que tiene características administrativas distintas al resto de los establecimientos de atención?” un 93,8% de los encuestados responde “sí”, un 1,7% “no” y un 4% “algo había escuchado”.

4.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Gráfico N° 38
Sentido de pertenencia a la institución 2011 - 2007



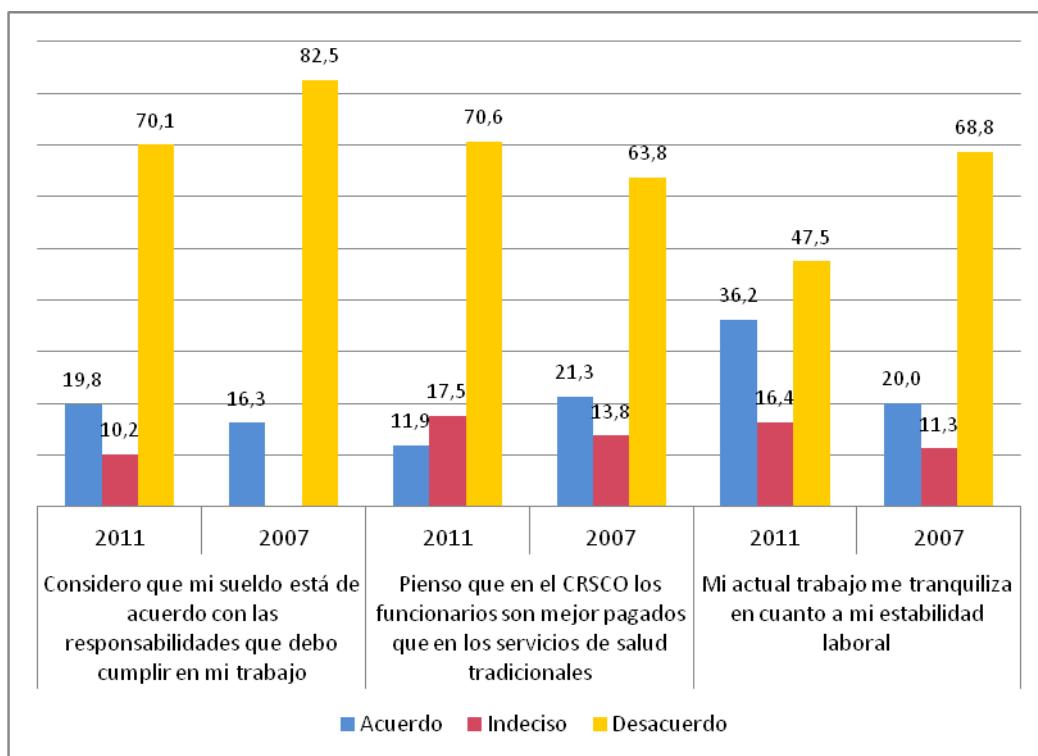
Para el Sentido de Pertenencia a la institución, explicado anteriormente, se nota un aumento en el acuerdo a “me siento valorado por el CRSCO”, observándose leves diferencias según tipo de contrato (siendo mayor entre aquellos a contrata que a honorarios), y diferencias según grupo, en que los Md., los TPM. y los Aux. son aquellos que marcan el mayor desacuerdo, mientras que los Adm. y los Prof. No Md. el mayor acuerdo (ver Anexos para cuadros con mayor detalle).

En cuanto al orgullo de pertenecer y trabajar en el CRSCO, se observan también leves diferencias según tipo de contrato y grupo, siendo mayor el acuerdo entre aquellos a honorarios (70%) que a contrata definido (65%), pero menor a aquellos con contrato indefinido (76,5%). Se observan también leves diferencias por grupo.

Por último, ante la afirmación “Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar”, contestada sólo por aquellos con contrato, el acuerdo disminuye levemente del 2007 al 2011, siendo los Md. los que presentan menor acuerdo (23,8% y un 57,1% de indeciso/indiferente) y los Adm. el mayor acuerdo (con un 83,3% de acuerdo de este grupo).

4.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionalaria y posibilidades de ascenso

**Gráfico N° 39
Estructura de sueldo y estabilidad laboral, 2011 – 2007**

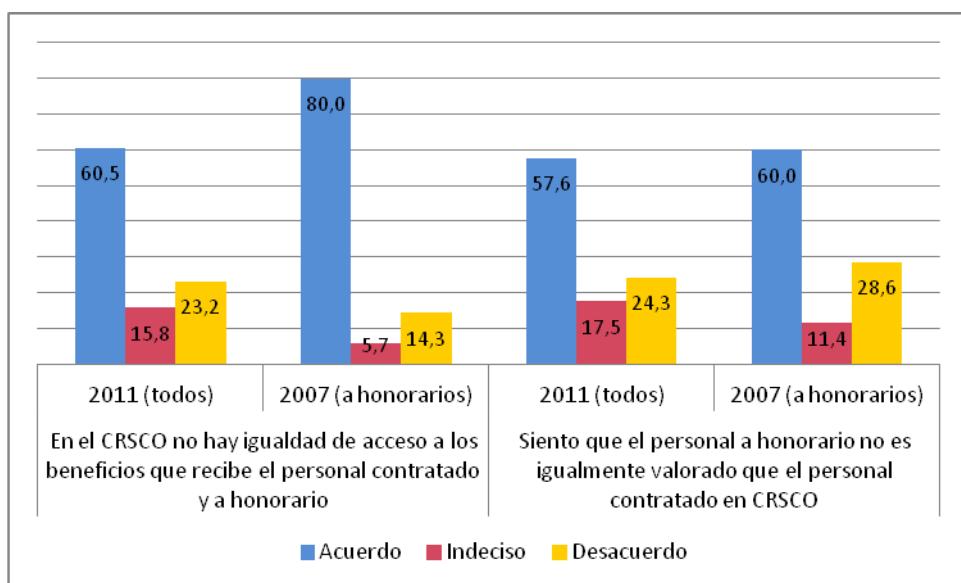


En cuanto a la estructura de sueldo y su satisfacción con ella, se nota un leve aumento en el acuerdo ante la primera afirmación, manteniéndose sin embargo un alto porcentaje de desacuerdo el cual se observa más en aquellos con contrato definido (73,8%) e indefinido (70,6%) que en aquellos a honorarios (66,3%). El mayor acuerdo se encuentra entre los Dir. (66,7%) y los Md., con un 26,9% (61,5% en desacuerdo).

En cuanto a si los funcionarios del CRSCO son mejor pagados que en los servicios tradicionales, el porcentaje de acuerdo disminuye desde el 2007, observándose una diferencia por tipo de contrato en cuanto un promedio de 77% de aquellos a contrata está en desacuerdo con la frase planteada mientras que un 62,5 de aquellos a honorarios lo está. El mayor desacuerdo se encuentra entre los Md. (80%), TPM. (76,3%) y Prof. No Md. (75,9%), mientras un 50% de los Dir. está de acuerdo.

Por último la percepción de estabilidad laboral ha aumentado, sin haber diferencias entre tipo de contrato, pero sí por grupo, en cuanto sólo un 23,7% de los TPM. está de acuerdo, contra un 41,9% de los Adm., un 42,3% de los Md. y un 36,2% de los TPM., por ejemplo.

Gráfico N° 40
Percepción de diferencias por tipo de contrato (2011 – 2007).

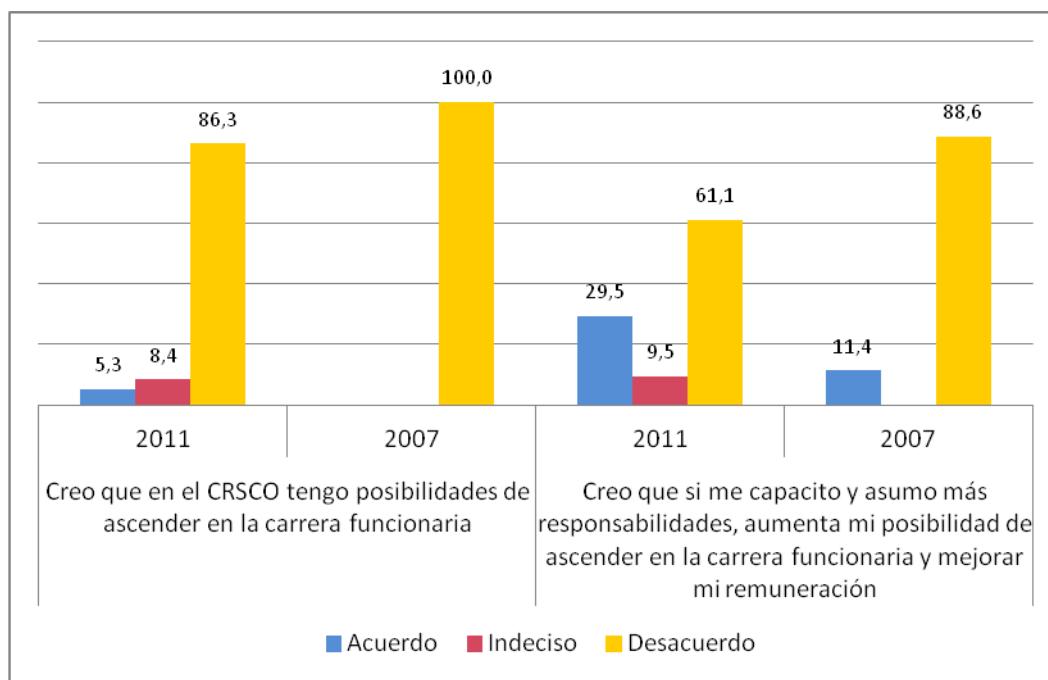


En cuanto a las diferencias entre los beneficios que recibe el personal contratado en relación a aquellos a honorarios, hay una disminución en el acuerdo ante la afirmación planteada entre el 2007 y el 2011 (considerando que el 2007 sólo contestaron aquellos a honorarios), sin embargo no se notan diferencias significativas por tipo de contrato del encuestado, ni por grupo.

En cuanto a la valoración del personal a honorarios en relación al contratado, también se observa una disminución en el acuerdo con la afirmación planteada, observándose leves diferencias según tipo de contrato (para el 2011), siendo mayor el acuerdo entre aquellos a honorarios (60,8%) que entre aquellos a contrato definido (53,8%), no así con aquellos de contrato indefinido que presentan un 64,7% de acuerdo. En cuanto a las diferencias según grupo, se observa que los Md. son aquellos con mayor porcentaje de acuerdo (76,9%) y los TPM. (62,2%), contra el 53,5% de los Adm. de acuerdo y el 16,7% de los Dir. (para más detalle de ambas preguntas ver Anexos).

Ambas preguntas indican que hay una disminución en la percepción que aquellos a honorarios reciben menos beneficios y en que son menos valorados con respecto a los contratados, lo que indicaría una mayor igualdad dentro del establecimiento.

**Gráfico N° 41
Personal a contrata: Carrera Funcionaria (2011 – 2007).**

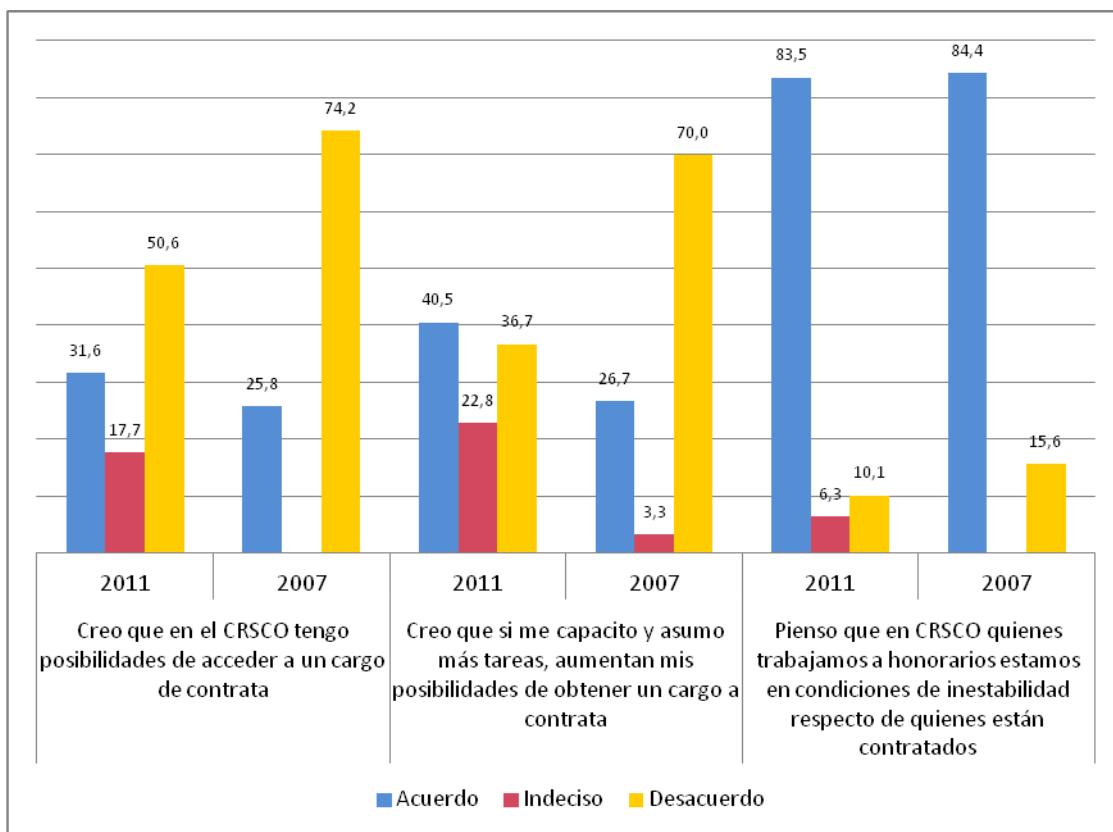


En cuanto a las posibilidades de ascender en la carrera funcional, afirmaciones contestadas sólo por el personal a contrata para ambos años, en el 2011 aparece el acuerdo ante la afirmación planteada, siendo sólo personal a contrato definido que marca esta opción (6,3% de acuerdo contra 88,6% de desacuerdo), mientras aquellos a contrato indefinido están en un 75% en desacuerdo. No se observan diferencias significativas según grupo.

Por otro lado, la afirmación “Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración”, tiene mayor acuerdo en la muestra, aumentando desde el 2007 significativamente, observándose diferencias significativas según tipo de contrato, siendo que el 26,6% de aquellos con contrato definido están de acuerdo, contra un 43,8% de aquellos con contrato indefinido²⁰⁵ (para más detalle ver Anexos).

²⁰⁵ Es importante considerar que en total son 80 personas con contrato definido y 17 con contrato indefinido, por lo que el porcentaje es relativo.

Gráfico N° 42
Personal a Honorarios: Expectativas y Percepciones 2011 – 2007.



En cuanto a las expectativas y percepciones del personal a honorarios, se nota un aumento favorable ante las afirmaciones expuestas. Ante “Creo que en el CRSCO tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata”, se observa un mayor acuerdo entre los Adm. (52%) que entre los Prof. No Md. (11,5%).

Por otro lado, ante la afirmación “Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de obtener un cargo a contrata”, también se observa un aumento significativo en el acuerdo, que se da principalmente entre los Adm. (52%) y los TPM. (40,9%, igual porcentaje que para el desacuerdo en este grupo). El desacuerdo se observa en mayor porcentaje entre los Prof. No Md. (53,8%).

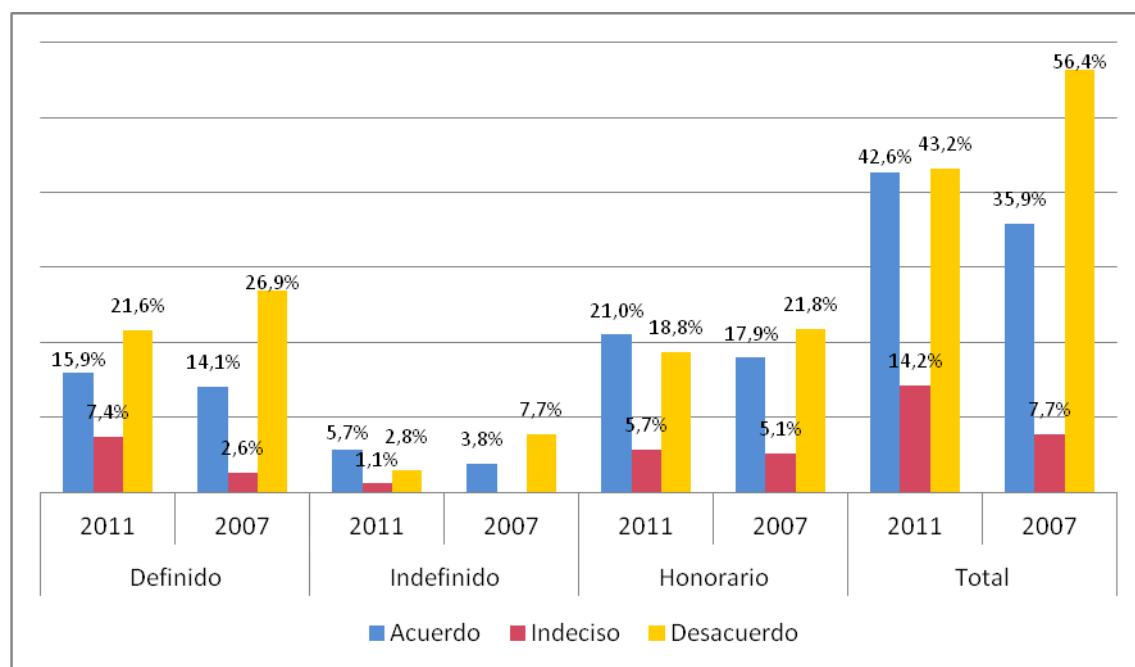
En cuanto a la percepción de parte de aquellos a honorarios de estar en condiciones de inestabilidad con respecto a quienes están contratados, sigue existiendo un acuerdo mayoritario con la afirmación propuesta. En este caso no se observan diferencias significativas según grupo.

De las afirmaciones expuestas, se puede deducir que las condiciones para aquellos a honorarios han mejorado desde el 2007, aunque se mantiene una percepción de desigualdad con respecto a aquellos contratados que es significativa.

4.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

Gráfico N° 43

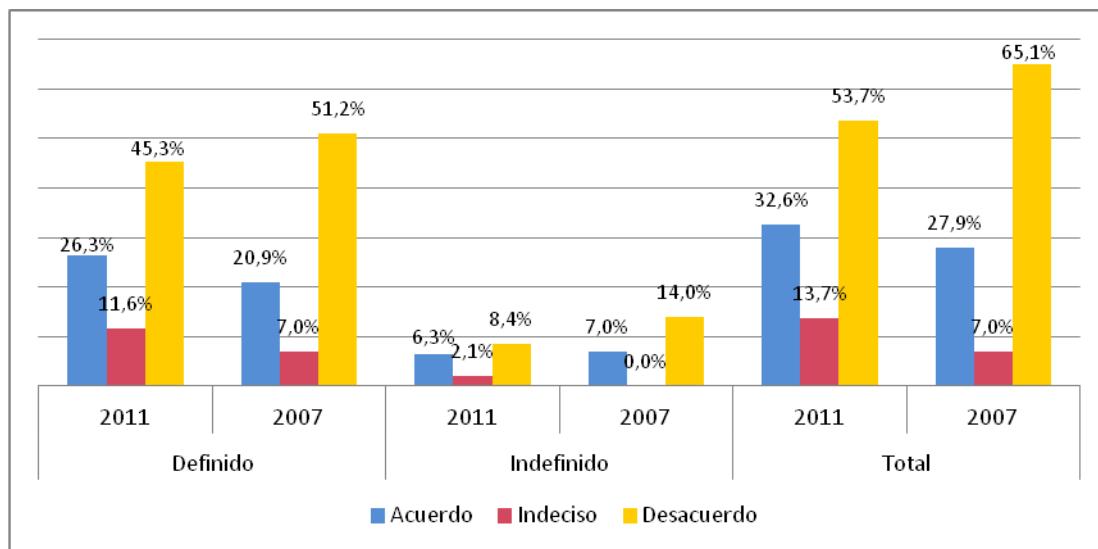
“En el CRSCO todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga”. Según tipo de contrato (en % del total), 2011 – 2007



Ante la afirmación presentada en el gráfico N°54, se observa un aumento en el porcentaje de acuerdo en relación al 2007, prácticamente igualando el desacuerdo. Se pueden observar las diferencias según tipo de contrato. No se observan diferencias significativas según grupo (ver en Anexos).

Gráfico N° 44

“En el CRSCO hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios” (en % del total). Según tipo de contrato, sólo contrata. 2011 – 2007.

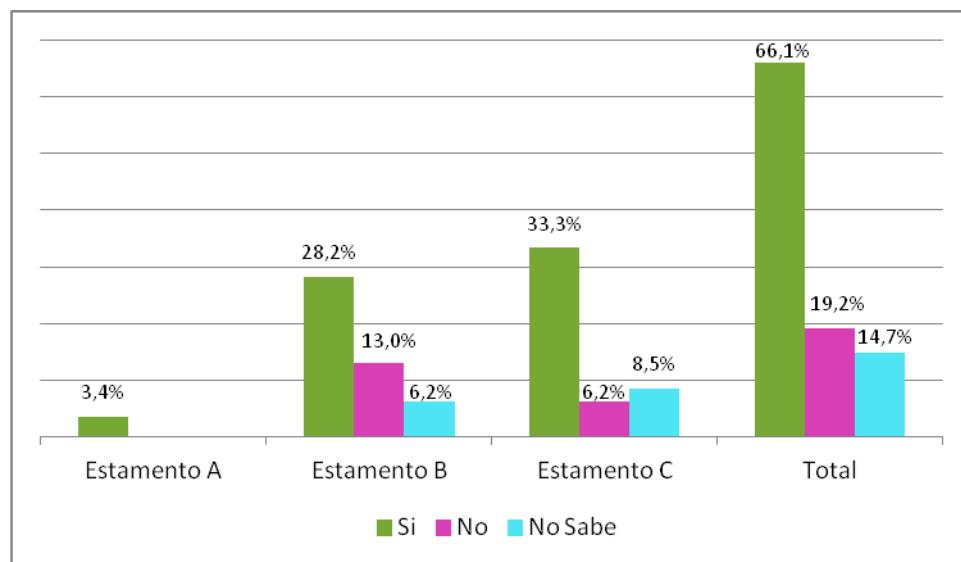


Ante la posibilidad de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios, contestada sólo por aquellos con contrato, se observa un leve aumento en el acuerdo desde el 2007. Las diferencias según grupo son leves.

4.5 Existencia y uso de instancias de participación

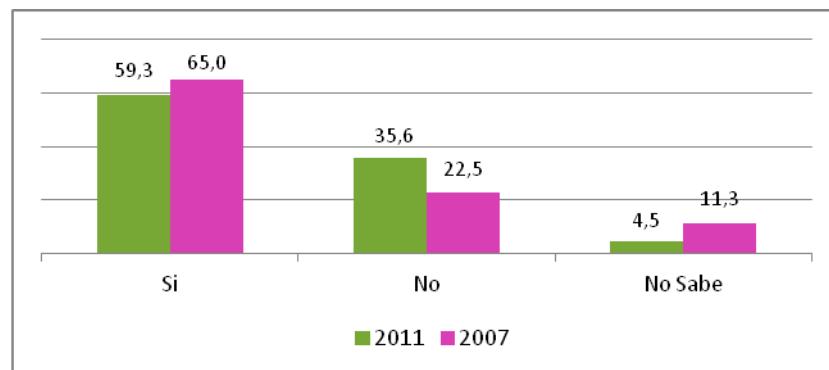
Gráfico N° 45

“¿Existen dentro del CRSCO instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?” Según estamento. 2011.



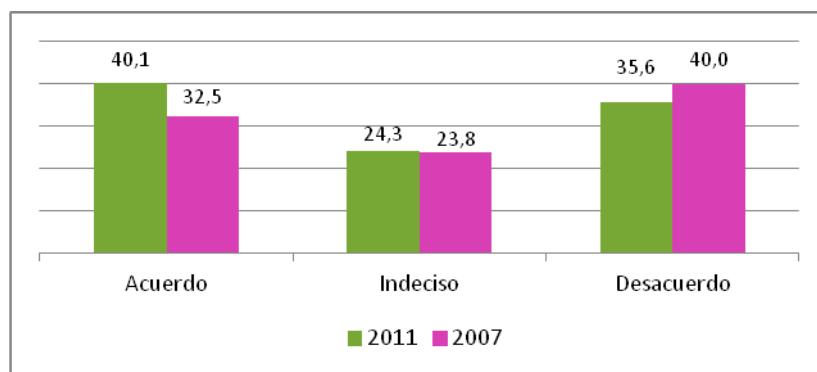
La existencia de espacios de participación y su apreciación por parte de los funcionarios es reconocida por un 66,1%, observándose diferencias significativas por grupo, siendo que, por ejemplo, el 50% de los Aux. responde “no sabe”, al igual que un 16,3% de los Adm. y un 15,8% de los Md. Estos últimos marcan la opción “no” en un 34,6%, al igual que el 24,1% de los Prof. No Md. Aquellos que más marcan “si” son los Adm., con un 72,1%. No se observan diferencias significativas según tipo de contrato.

Gráfico N° 46
“En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRSCO?” (en %). 2011 – 2007



El uso de estas instancias ha disminuido levemente desde el 2007, siendo sobre el 50% de “si” asiste en todos los grupos (74,4% los Adm.). La “no” asistencia es marcada en un 42,2% por los Md., un 42,1% los TPM y un 38,6% los Prof. No Md.

Gráfico N° 47
“Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones”. 2011 – 2007.

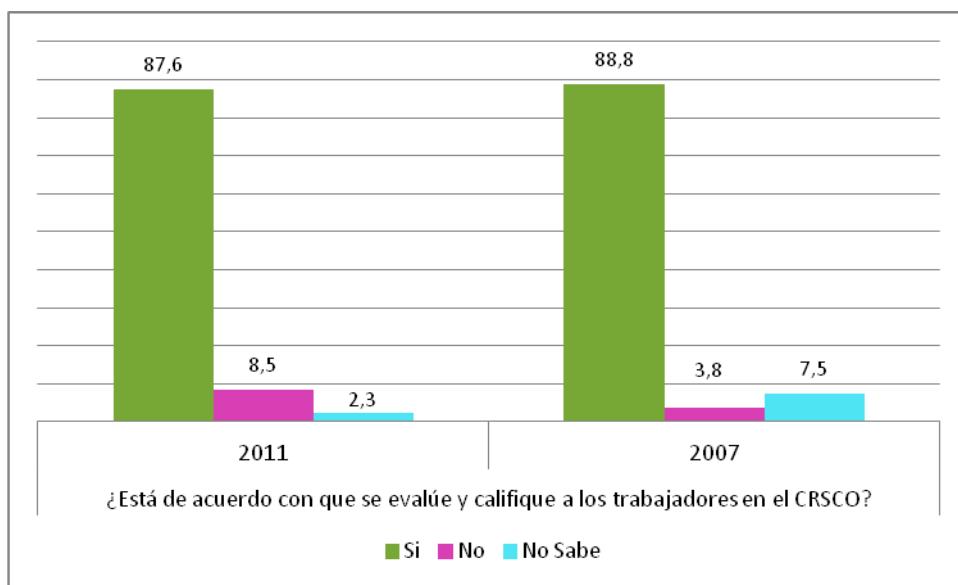


La utilidad de estos espacios de participación muestra un bajo nivel de acuerdo ante la afirmación propuesta, aunque mejor que en el 2007. Las diferencias entre tipo de contrato no son significativas.

En cuanto a las diferencias por grupo, el mayor acuerdo se observa entre los Adm. (53,5%) y en los TPM (47,4%). Mientras que el mayor desacuerdo se encuentra entre los Md. (46,2%) (más detalle en Anexos).

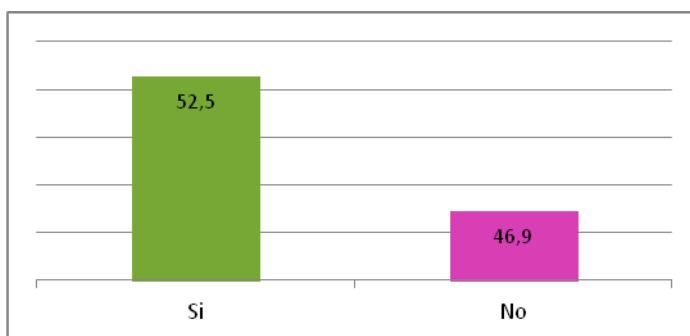
4.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

**Gráfico N° 48
Acuerdo con la evaluación de desempeño. 2011 – 2007.**



Hay mayoritariamente un acuerdo con que se evalúe a los trabajadores en el CRSCO. En cuanto a las diferencias según grupo, se puede observar que el 89,5% de los TPM responden “si”, al igual que el 78% de los Adm. Los Prof. No Md. responden en un 94,7% “si”, y el 92,3% de los Md. también. No se observan diferencias significativas según tipo de contrato. Sí es importante notar el aumento de aquellos que responden “no” en relación al 2007, que aunque bajo, es significativo.

**Gráfico N° 49
“¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?”.
2011**

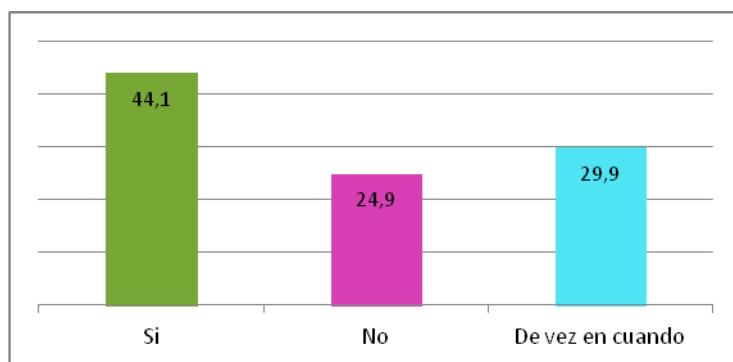


Los criterios bajo los cuales son evaluados por sus jefaturas no están siempre claros, siendo “no” para el 65,8% de los TPM, el 44,2% de los Adm., el 42% para los Md. y Prof. No Md., y un

16,7% de los Dir. (una persona). Se observan importantes diferencias según tipo de contrato, en cuanto el 70,6% de aquellos con contrato indefinido “si” tienen claridad, así como el 63,3% de contrato definido, pero sólo el 38,8% de aquellos a honorarios.

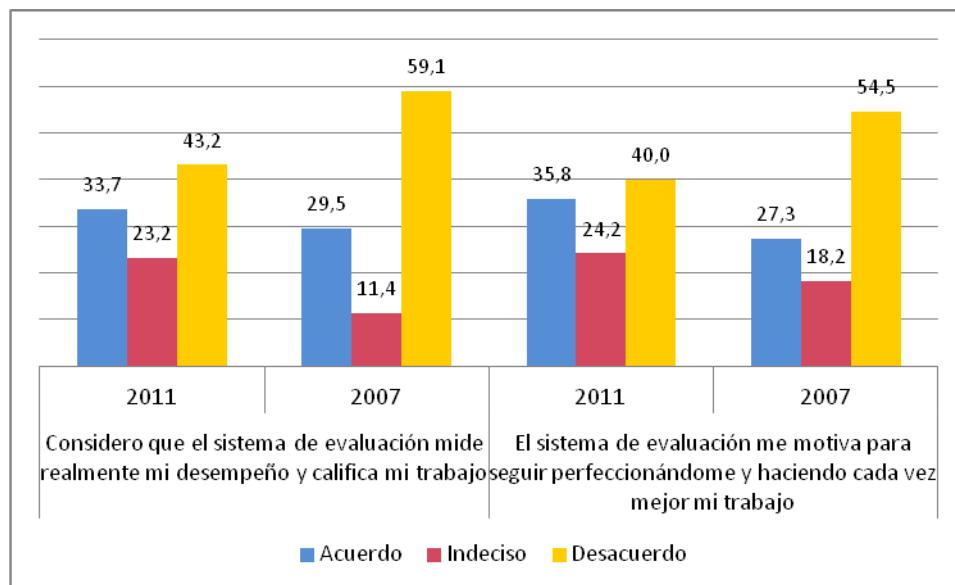
Gráfico N° 50

“Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?”. 2011.



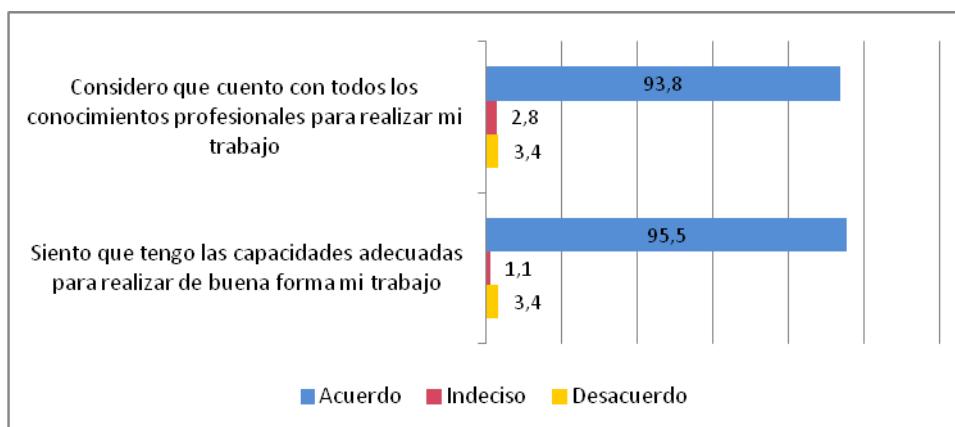
Las conversaciones con la jefatura, para evaluar regularmente el desempeño, son una práctica común en el 44% de los casos, como se observa en el gráfico N° 61; de ellos el 53,6% son Prof. No Md. y el 44,7% TPM. El 34,6% de los Md. responde “no”, al igual que el 23,3% de los Adm., en que la práctica mayoritaria es “de vez en cuando” (con un 39,5% de los Adm.). Las diferencias según contrato indican que son más aquellos con contrato indefinido (52,9%) y a honorarios (47,5%) que responden “si” (contra un 39,7% de contrato definido, que marca en un 39,7% de los casos “de vez en cuando”).

Gráfico N° 51
Percepción sobre el sistema de evaluación. Personal a contrata. 2011 – 2007.



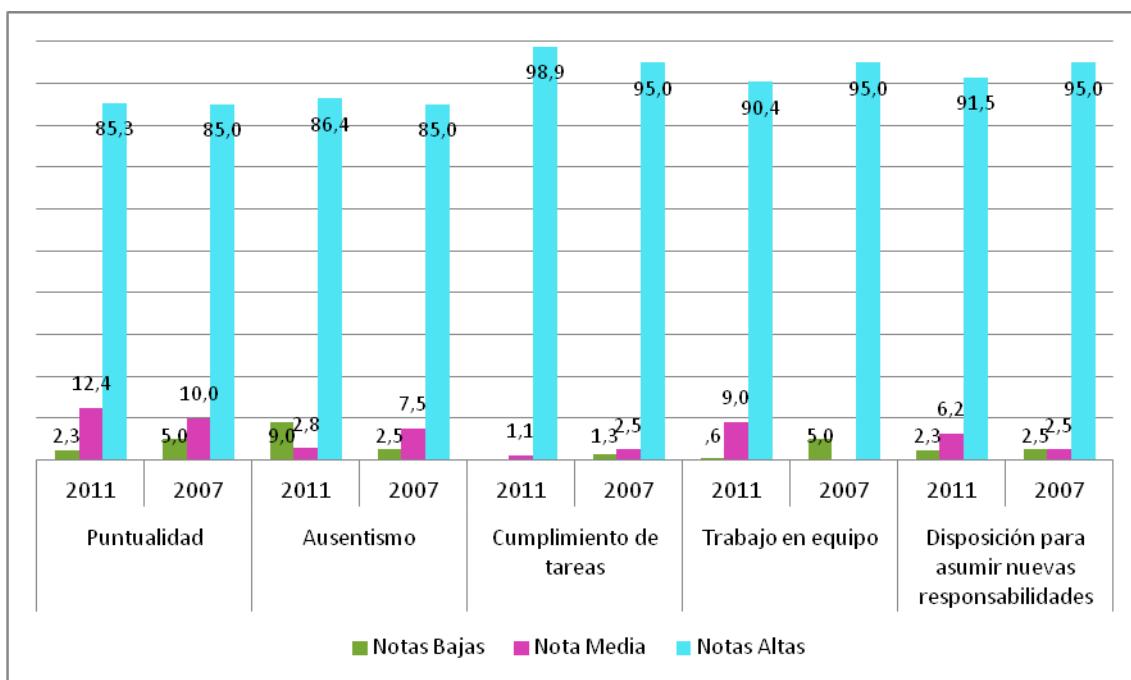
La percepción que tiene el personal a contrata sobre la evaluación de desempeño es mejor que en el 2007, aumentando el acuerdo con ambas afirmaciones (expuestas en el gráfico anterior) y disminuyendo considerablemente el desacuerdo. Las diferencias por grupo muestran que son los TPM que muestran mayor desacuerdo (66,7%) y luego el Prof. No Md.(43,8%). Los Adm. son los que presentan mayor acuerdo con un 44,4% (más detalles en anexos).

Gráfico N° 52
Auto evaluación de competencias. 2011



La autoevaluación de competencias presenta un alto nivel de acuerdo para las dos afirmaciones propuestas. En ellas no se observan diferencias significativas según grupo ni tipo de contrato.

**Gráfico N° 53
Autoevaluación de Desempeño Laboral. 2011 – 2007.**



Como se observa, la autoevaluación de determinados aspectos del desempeño laboral, en los resultados se puede notar que puntualidad, ausentismo y cumplimiento de tareas aumentaron levemente la cantidad de notas altas desde el 2007; no así el trabajo en equipo y la disposición para asumir nuevas responsabilidades que disminuyeron.

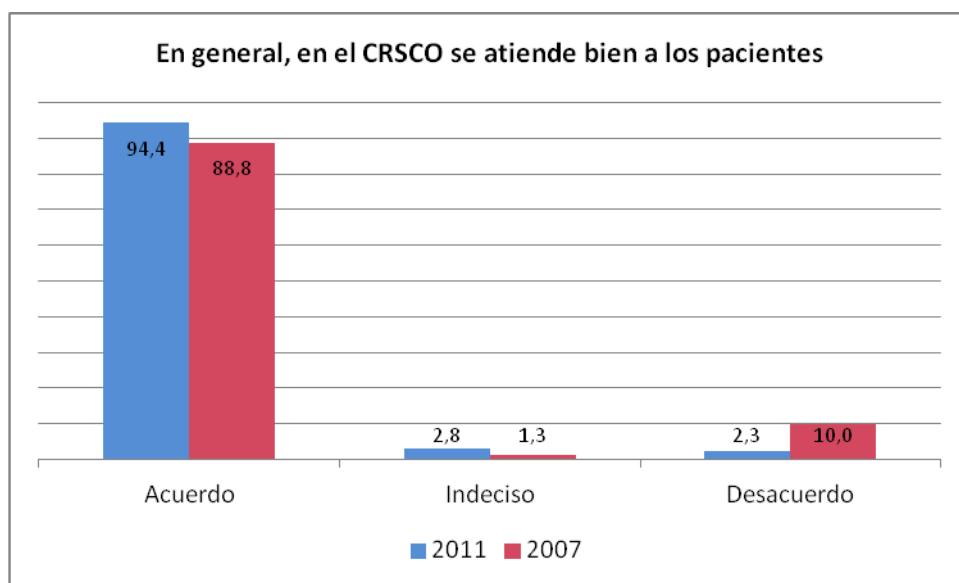
**Cuadro N° 73
Estadísticos: Autoevaluación de Desempeño. 2011 – 2007.**

		Puntualidad	Ausentismo	Cumplimiento de tareas	Trabajo en equipo	Disposición para asumir nuevas responsabilidades
N 2011	Válidos	177	174	177	177	177
	Perdidos	0	3	0	0	0
N 2007	Válidos	80	76	79	80	80
	Perdidos	0	4	1	0	0
Media 2011		6,33	6,23	6,67	6,55	6,58
Media 2007		6,29	6,57	6,66	6,51	6,54
DT. 2011		,802	1,701	,494	,681	,711
DT. 2007		1,070	,754	,732	,928	,913

4.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

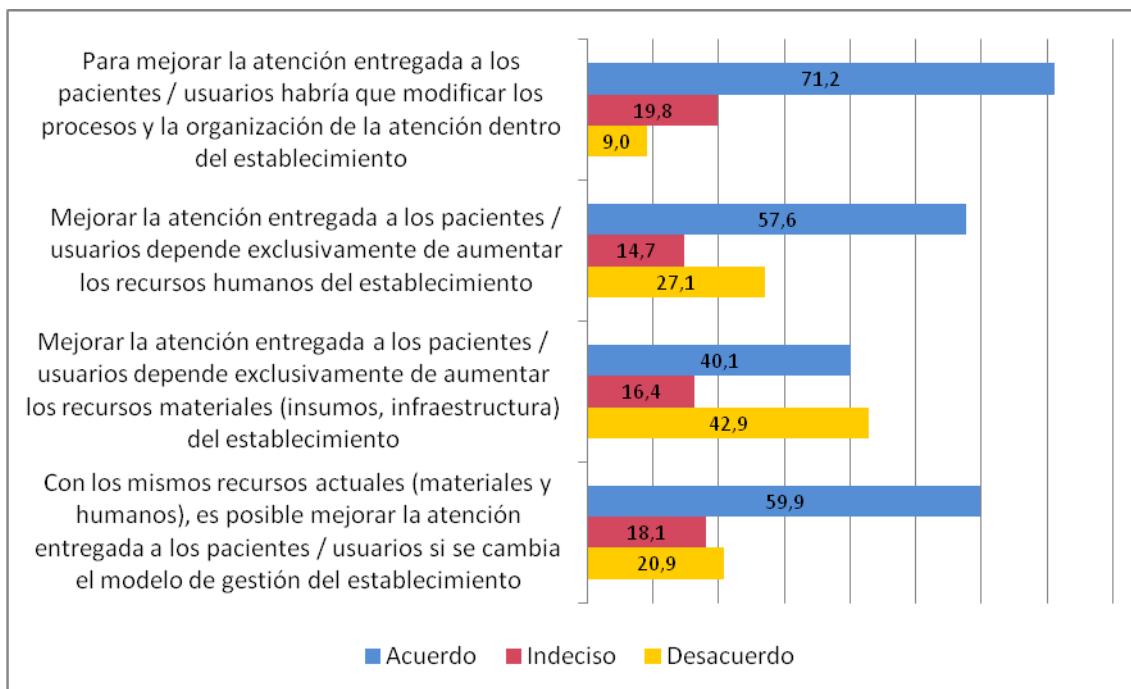
Gráfico N° 54

“En general, en el CRSCO se atiende bien a los pacientes”. 2011 – 2007.



Se observa que el nivel de acuerdo ante la afirmación “En general, en el CRSCO se atiende bien a los pacientes” hay un alto nivel de acuerdo, aumentando desde el 2007 y disminuyendo su desacuerdo. No se observan diferencias significativas según tipo de contrato ni grupo.

Gráfico N° 55
Medidas para mejorar la atención entregada a los pacientes. 2011.



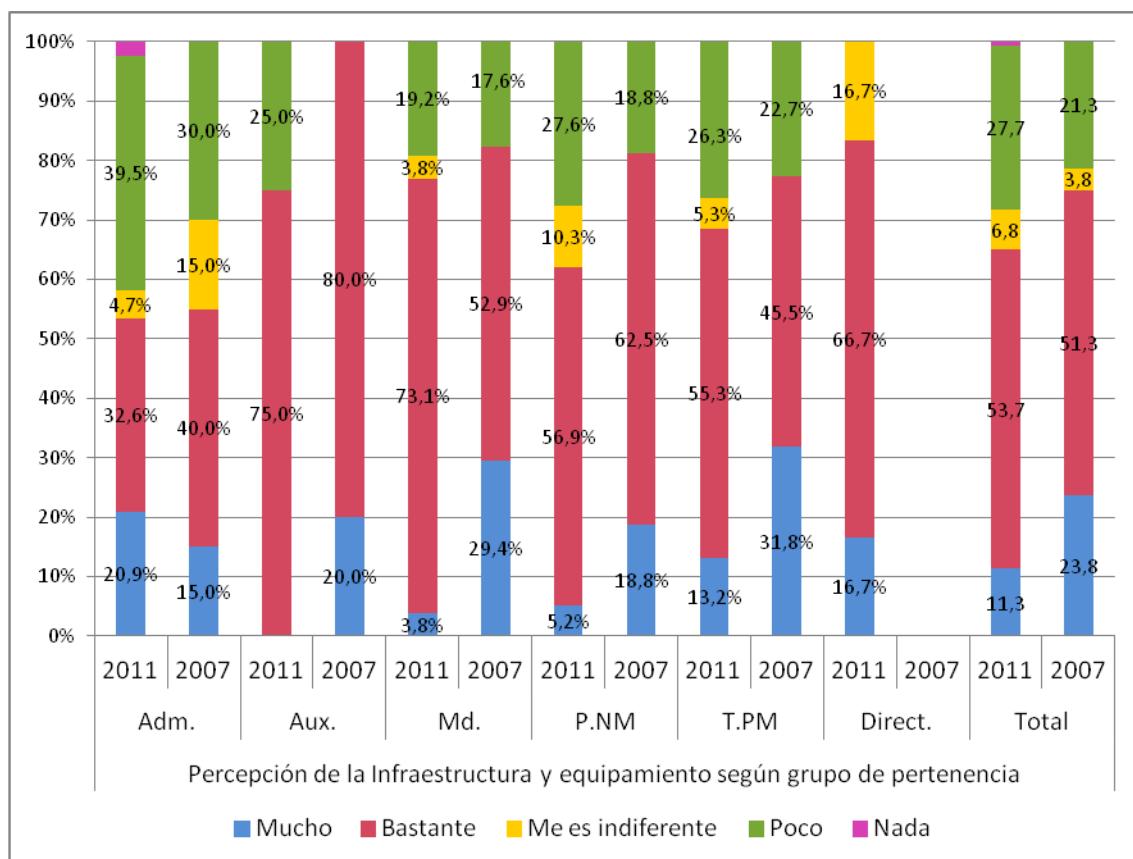
En cuanto a las medidas para mejorar la atención entregada a los pacientes, se observa un alto grado de acuerdo en que “es necesario modificar los procesos y la organización dentro del establecimiento” y en segundo lugar de acuerdo, la necesidad de “cambiar el modelo de gestión del establecimiento”. En ésta última, se notan diferencias según grupo, en cuanto el 63,8% de los Prof. No Md. está de acuerdo, al igual que el 61,9% de los Adm., el 56,8% de los TPM. y el 53,8% de los Md. Luego aparece la necesidad de aumentar los recursos humanos y por último aumentar los recursos materiales.

En anexos se presenta, para cada una de estas variables, el detalle según estamento y tipo de contrato.

4.8 Satisfacción con la Infraestructura

Gráfico N° 56

“¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRSCO le facilitan su trabajo?” (en % según grupo). 2011 – 2007.



En el gráfico se muestra cuánto facilita la infraestructura y el equipamiento en el trabajo del personal, según grupo. En este se puede apreciar que en todos los grupos la infraestructura y el equipamiento facilitan “mucho” o “bastante” a sobre el 50%, siendo mínimo aquellos que marcan “nada”.

5 Hospital Padre Hurtado

5.1 Descripción de la muestra

En el HPH un total de 273 personas contestó la encuesta para el presente estudio, de los cuales un 74,4% son mujeres y el 24,2% hombres. Siguiendo el muestreo, el 81% pertenece al Estamento C (Adm., Aux. y TPM), el 11,4% al Estamento B (Md. y Prof. No Md.), un 5,5% al Estamento A (Dir.) y un 1,1% a “otro” (sin especificar).

**Cuadro N° 74
Encuestados según grupo al que pertenecen y tipo de contrato. 2011.**

	Adm.	Aux.	Md.	Prof. No Md.	TPM.	Otro	Dir.	No Contesta	TOTAL	N
Contrato Definido	11,7%	8,1%	0,7%	4,0%	16,1%	0,7%	3,7%	0,4%	45,4%	124
Contrato Indefinido	12,1%	10,3%	1,5%	4,8%	21,2%	0,4%	1,8%	0,7%	52,7%	144
Honorario	0,7%	0,4%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	5
TOTAL	24,5%	18,7%	2,2%	9,2%	37,7%	1,1%	5,5%	1,1%	100,0%	273

En el cuadro siguiente, se presenta la proporción de trabajadores, según años trabajando en el establecimiento y el tipo de contrato que tienen.

**Cuadro N° 75
Encuestados según tiempo de trabajo en el establecimiento y tipo de contrato. 2011.**

	Menos de 1 año	Entre 2 y 3 años	Entre 4 y 7 años	Entre 8 y 11 años	Más de 12 años
Contrato Definido	9,8%	14,4%	10,2%	7,6%	2,7%
Contrato Indefinido	0,4%	1,1%	4,2%	15,9%	31,8%
Honorario			0,8%	0,4%	0,8%
Total	10,2%	15,5%	15,2%	23,9%	35,2%

Como se puede observar, hay una relación directa en cuanto al tiempo que llevan trabajando con el tipo de contrato que tienen, siendo los contratos indefinidos principalmente de aquellos que llevan más tiempo trabajando.

En el año 2007 se encuestó a un total de 171 personas. Es importante señalar que la encuesta realizada en el HPH en el año 2007 no incluyó personal a honorarios, ya que la cantidad de personas bajo esta modalidad era mínima. En esa ocasión tampoco se encuestó a Dir. (Estamento A). En el cuadro siguiente se presenta la distribución de esta muestra según tipo de contrato y grupo.

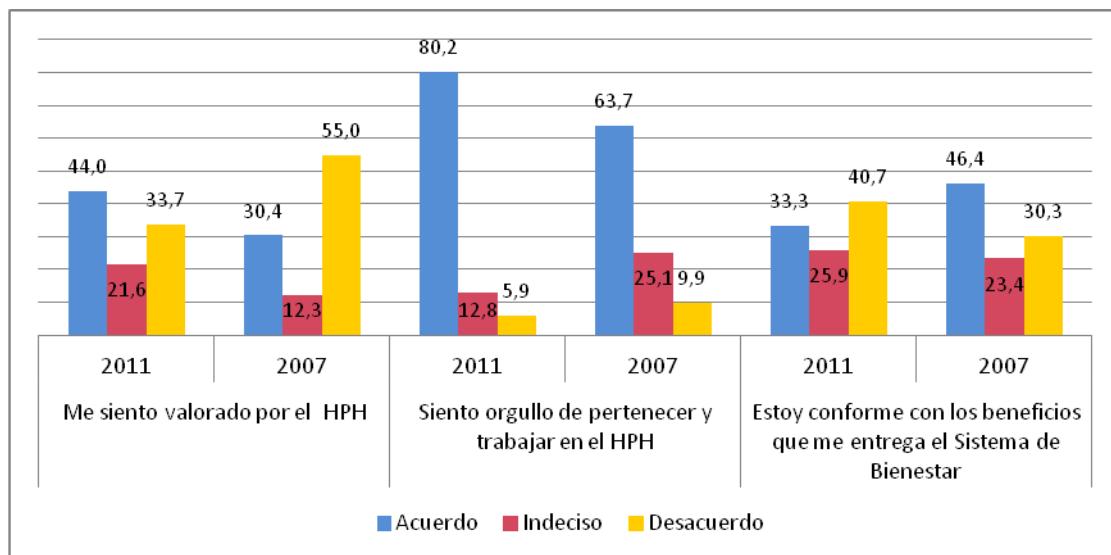
Cuadro N° 76
Encuestados según grupo al que pertenecen y tipo de contrato. 2007.

	Adm.	Aux.	Médico	Prof. No Md.	TPM	Total	N
Contrato Definido	5,8%	4,1%	9,9%	12,9%	12,3%	45,0%	77
Contrato Indefinido	6,4%	8,2%	7,6%	12,3%	20,5%	55,0%	94
Total	12,3%	12,3%	17,5%	25,1%	32,7%	100,0%	171

En el 2011, el 85,7% de la muestra dice “si” saber que el HPH es un EE del SS que tiene características administrativas distintas al resto de los establecimientos de atención, mientras un 12,5% dice que “algo había escuchado” y un 1,5% dice “no” saberlo.

5.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Gráfico N° 57
Sentido de pertenencia a la Institución. 2011 – 2007.



En cuanto al sentido de pertenencia, definido anteriormente, se observa un aumento en las dos primeras variables presentadas en el gráfico N°68. En “Me siento valorado por el HPH” se nota una diferencia por grupo, en tanto que el 83,3% de los Md. está de acuerdo con la afirmación, así como el 93,3% de los Dir.; sólo el 25,8% de los Adm. está de acuerdo (y un

50% de ellos en desacuerdo), un 42,2% de los TPM marca acuerdo (con un 38,2% de desacuerdo) y un 49% de los Aux. de acuerdo (y 19,6% en desacuerdo). En cuanto al tipo de contrato se observa una diferencia entre aquellos con contrato definido (con un 49,6% de acuerdo) y aquellos a indefinido (con un 39,9% de acuerdo).

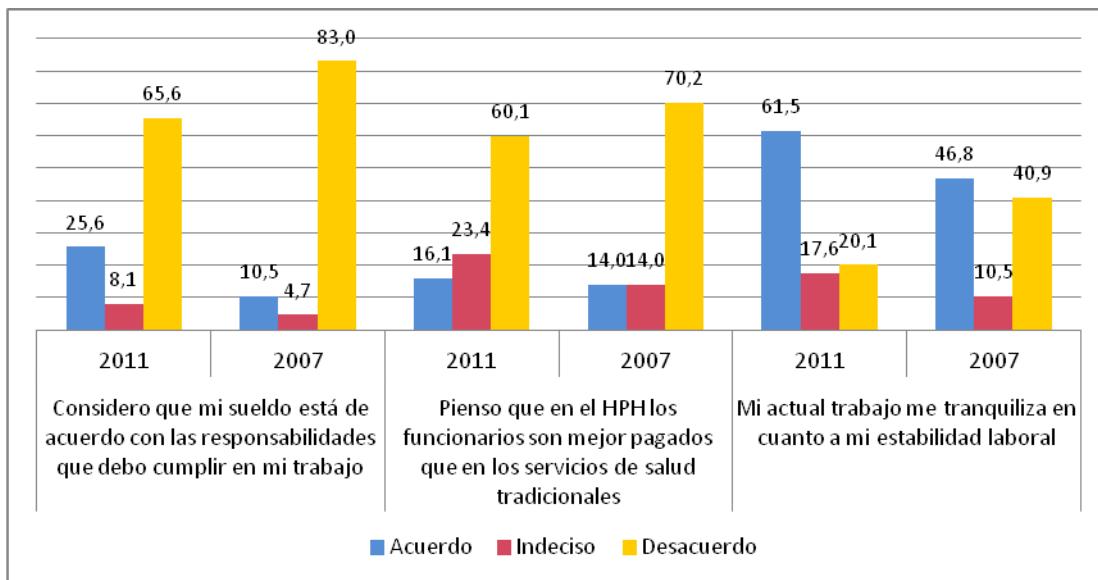
Ante la segunda afirmación respecto al orgullo de pertenecer y trabajar en el HPH, el grupo que marca el mayor desacuerdo son los Md. (con un 16,7% de ellos) y luego el 9% de los Adm. (con un 70,1% de acuerdo). Por otro lado, el 95,8% del Prof. No Md. marcan acuerdo, así como el 100% de los Dir. y el 83,3% de los Md. No se observan diferencias significativas según tipo de contrato.

Por último, en cuanto a los beneficios recibidos por parte del Sistema de Bienestar, sólo respondida por aquellos a contrata, se observan diferencias en cuanto a tipo de contrato, estando el 41,1% de aquellos con contrato indefinido en desacuerdo y sólo un 17,5% de contrato definido en desacuerdo; en indeciso es de un 16,3% y 31,7% respectivamente y en acuerdo de un 42,6% para indefinido y 50,8% de definido. Las diferencias según grupo son más sutiles, en cuanto el 16,7% de los Md. está en desacuerdo (y el restante 83,3% indeciso), mientras el 51% de los TPM está de acuerdo, al igual que el 47,7% de los Adm. y el 46,9% de los Aux. Para estas tres variables se presentan más detalles en Anexos.

Como se puede apreciar, el sentido de pertenencia, en sus dos variables, ha aumentado desde el año 2007 al 2011, aumentando el nivel de acuerdo con las afirmaciones y disminuyendo su desacuerdo de manera significativa. En cuanto a los beneficios percibidos por el sistema de bienestar, se observa una disminución significativa en el acuerdo.

5.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcional y posibilidades de ascenso

Gráfico N° 58
Estructura de sueldo y estabilidad laboral, 2011 – 2007

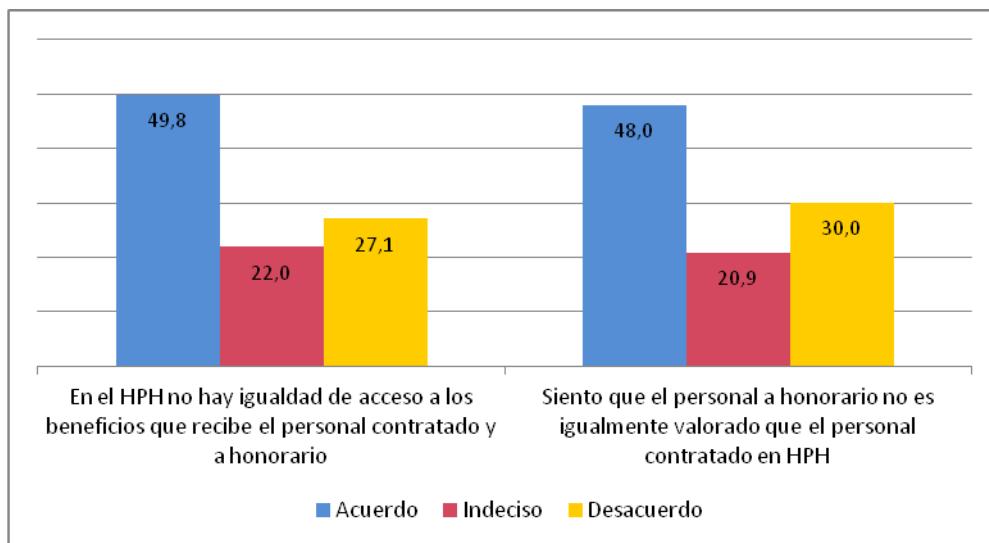


La satisfacción con respecto al sueldo en relación a las responsabilidades que deben cumplir es baja, principalmente entre los Adm. (con un 78,8% de desacuerdo) y los TPM. (78,4%). El mayor acuerdo se encuentra entre los Md. (66,7% de acuerdo) y entre los Dir. (60%). Se nota una mejora desde el 2007. No se observan diferencias significativas por tipo de contrato.

En gran parte, el personal del HPH considera, que no son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales, principalmente los Dir. (80% de desacuerdo con la afirmación propuesta), el 71,6% de los Adm., el 66,7% de los Md. y el 62,7% de los TPM. No se observan diferencias significativas según tipo de contrato.

Por último, la estabilidad laboral ha mejorado desde el 2007, observándose una diferencia según tipo de contrato en cuanto el 53,7% de aquellos con contrato definido está de acuerdo, mientras el 69,2% de indefinido lo está, y el 60% de aquellos a honorarios. Para estas tres variables se presentan más detalles en Anexos.

Gráfico N° 59
Percepción de diferencias por tipo de contrato (2011 – 2007²⁰⁶).



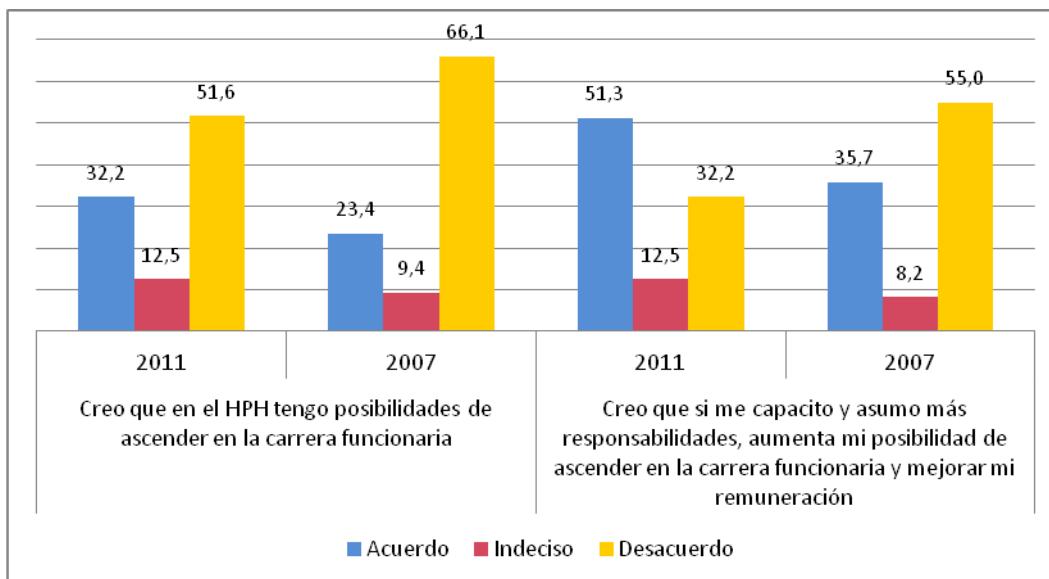
En cuanto a la desigualdad percibida de los beneficios que reciben aquellos contratados en relación a aquellos a honorarios, el 66,7% de los Md. considera que no es tal (estando en desacuerdo con la afirmación propuesta), así como el 27,5% de los TPM y el 33,3% de los Dir. No se observan diferencias significativas según tipo de contrato. En cuanto a la valoración del personal a honorarios en relación al personal contratado, los resultados son similares a la afirmación anterior (más detalles en Anexos).

Es importante recordar que el porcentaje de personal a honorarios en el HPH es relativamente bajo²⁰⁷ y el número de encuestados a honorarios en la presente encuesta es de sólo 5 personas.

²⁰⁶ En el 2007 sólo el personal a honorarios contestó esta pregunta, mientras en el 2011 todos los encuestados lo hicieron.

²⁰⁷ 17,6% según el Informe de Área de Evaluación: Organización y Gestión, cap. 11.1.3, referente a RRHH en el HPH

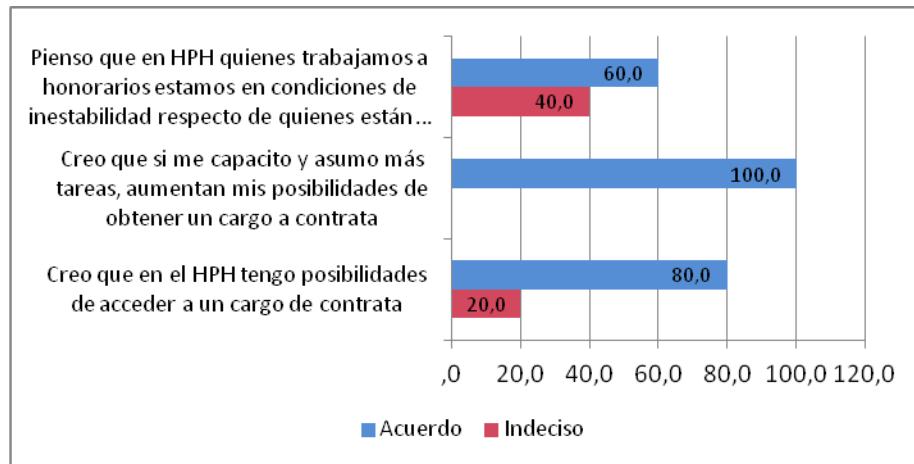
Gráfico N° 60
Personal a contrata: Carrera Funcionaria (2011 – 2007).



La posibilidad de ascender en la carrera funcional, de parte de aquellos a contrato en el HPH se percibe como mayor que en el 2007, siendo percibida así por el 66,7% de los Md., el 41,7% del Prof. No Md. y el 40,8% de los Aux. No así por el 66,2% de los Adm., el 57,1% de los TPM. ni el 33,3% de los Dir., que están en desacuerdo con la afirmación propuesta.

En cuanto a la segunda afirmación, el porcentaje de acuerdo también aumenta desde el 2007, observándose diferencias según tipo de contrato, en cuanto el 58,7% de aquellos con contrato definido están de acuerdo, y el 48,9% de indefinido. Las diferencias que se observan según grupo son leves (ver más detalles de estas dos variables en Anexos).

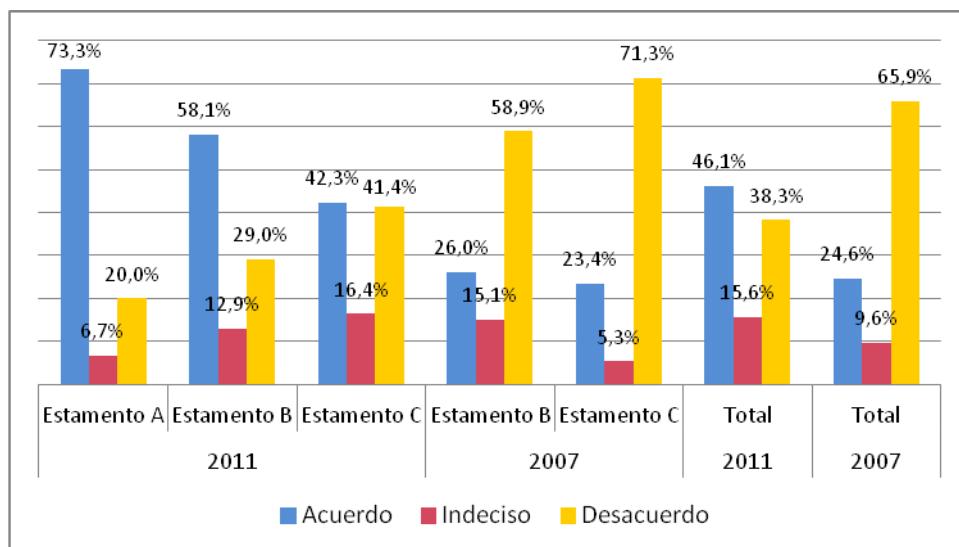
Gráfico N° 61
Personal a Honorarios: Expectativas y Percepciones 2011 – 2007.



Por último en el gráfico N°72 se pueden observar las percepciones y expectativas del personal a honorarios del HPH.

5.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

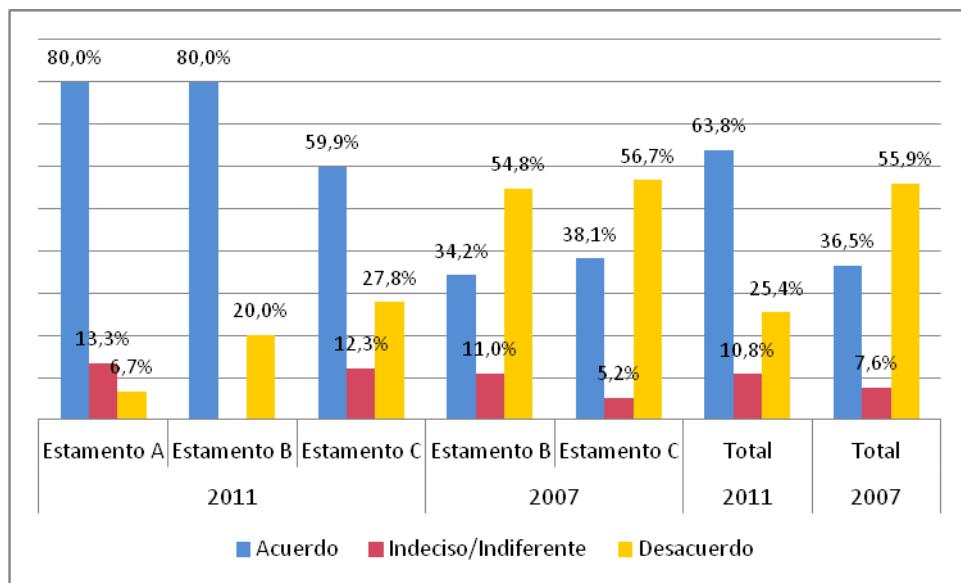
Gráfico N° 62
“En el HPH todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga”. Según Estamentos (en % de cada estamento), 2011 – 2007



El acuerdo con la afirmación representada en el gráfico va disminuyendo desde el Estamento A (Dir.) al Estamento C (Adm., Aux. y TPM.), sin embargo se nota un aumento significativo

desde el 2007 en cada uno de ellos. En esto se observa también una diferencia según tipo de contrato, en cuanto el 30,1% de aquellos con contrato definido está en desacuerdo, contra el 46,5% de aquellos con contrato indefinido; y el 51,2% de los primeros está de acuerdo y el 41,7% de los segundos, y el 60% de aquellos a honorarios.

Gráfico N° 63
“En el HPH hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios”. Según Estamento, sólo contrata (en % de cada estamento). 2011 – 2007.



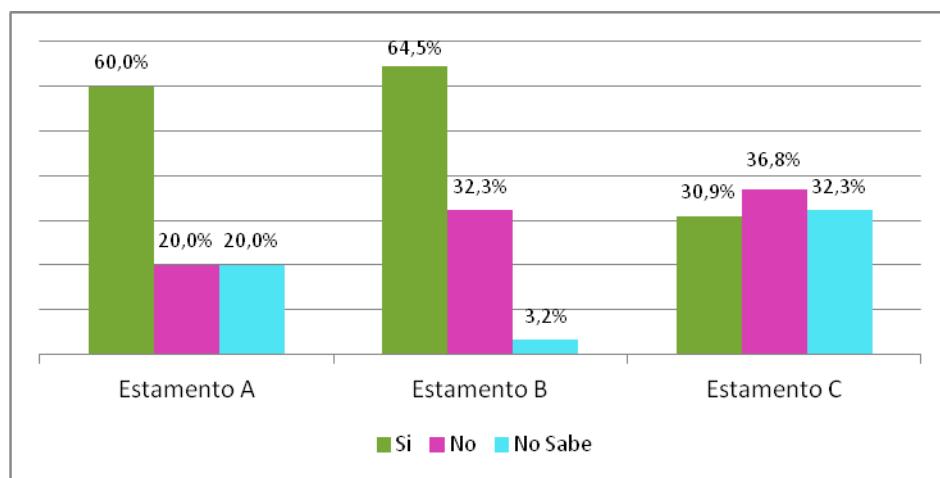
En la afirmación presentada en el gráfico N°74, contestada sólo por aquellos a contrata, se observa una diferencia según tipo de contrato, en cuanto el 70,2% con contrato definido está de acuerdo, contra un 57,7% de contrato indefinido (que se encuentran en un 32,4% en desacuerdo). Mayor detalle en Anexos.

5.5 Existencia y uso de instancias de participación

Gráfico N° 64

“¿Existen dentro del HPH instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?”

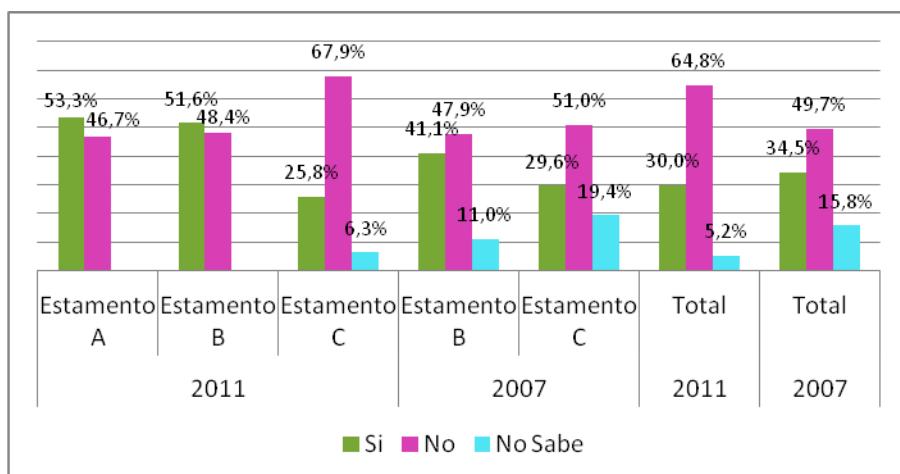
Según estamento (en % de cada estamento). 2011.



La percepción sobre la existencia de espacios de participación formales es diferente según estamentos (como se observa en el grafico N°75) y según contrato, siendo que el 42,7% de aquellos con contrato indefinido responden “no”, mientras que el 29% de contrato definido responde “no” y un 41,9% de este grupo responde “si”.

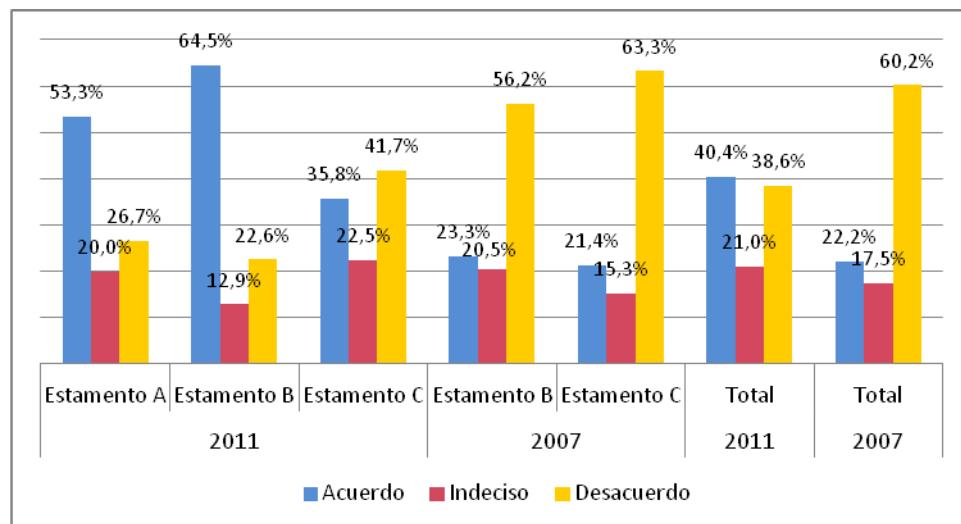
Gráfico N° 65

“En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRSM?” (en % de cada estamento). 2011 – 2007



La asistencia a estas instancias ha disminuido desde el 2007, manteniéndose una diferencia según estamentos, siendo los Adm. (17.9%), Aux. (29,4%) y los TPM. (29,1%) del Estamento C los que menos asisten, y sólo un 53,3% de los Dir. En este caso también se observan diferencias según tipo de contrato, en cuanto el 70,8% de aquellos con contrato indefinido responden “no”, el 57,3% de contrato definido, y el 60% de honorarios.

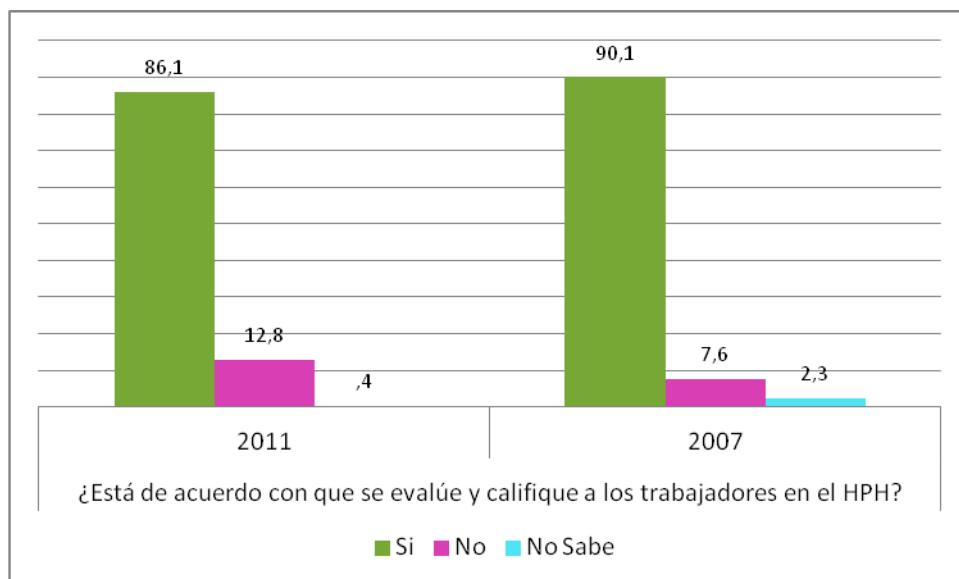
Gráfico N° 66
“Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones” (en % de cada estamento). 2011 – 2007.



En cuanto a la utilidad de los espacios de participación, se observan diferencias según estamentos (como se observa en el gráfico N°77) y también según contrato, en cuanto el 47,5% de aquellos con contrato definido están de acuerdo, contra el 35,7% de indefinido y el 20% a honorarios, siendo el desacuerdo mayor entre aquellos de contrato indefinido (45,5%).
Más detalles sobre las variables de participación en Anexos.

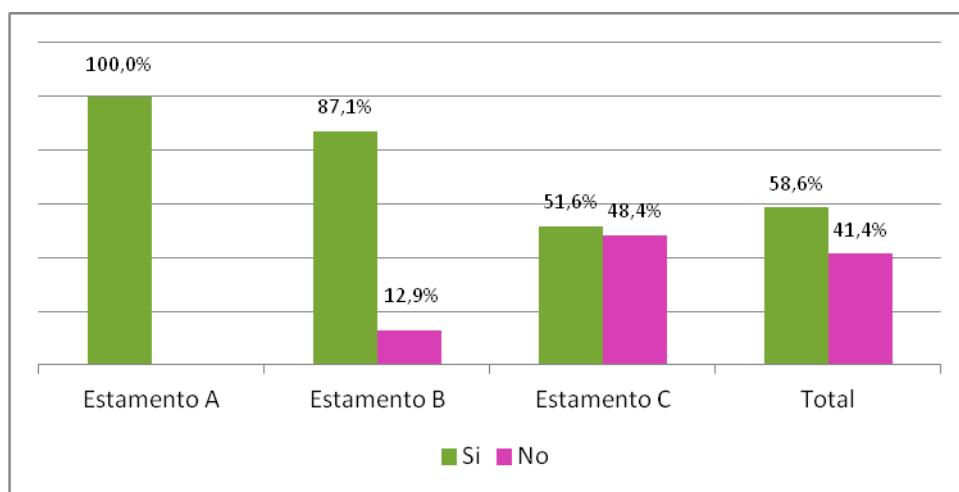
5.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Gráfico N° 67
Acuerdo con la evaluación de desempeño. 2011 – 2007.



El acuerdo con que se evalúe a los trabajadores ha disminuido desde el 2007. El “no” proviene del Estamento C para el 2011, mientras que el Estamento A y B responden “sí”. Las diferencias según grupo y tipo de contrato se presentan en Anexos.

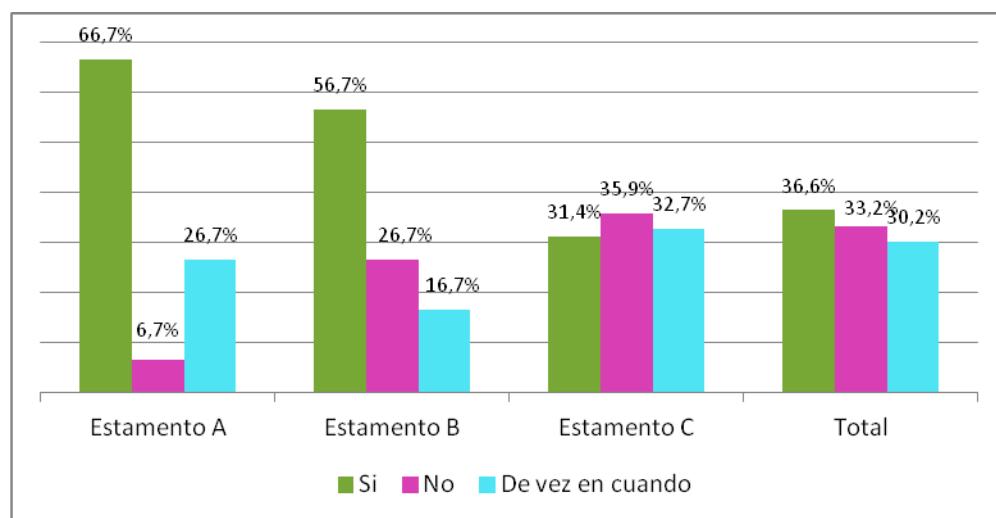
Gráfico N° 68
“¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?”.
2011



En cuanto a la claridad que tienen los trabajadores sobre los criterios bajo los cuales son evaluados se observan diferencias según Estamento, como se presenta en el gráfico anterior (no se observan diferencias significativas según tipo de contrato. El detalle de las diferencias por grupo se presenta en Anexos).

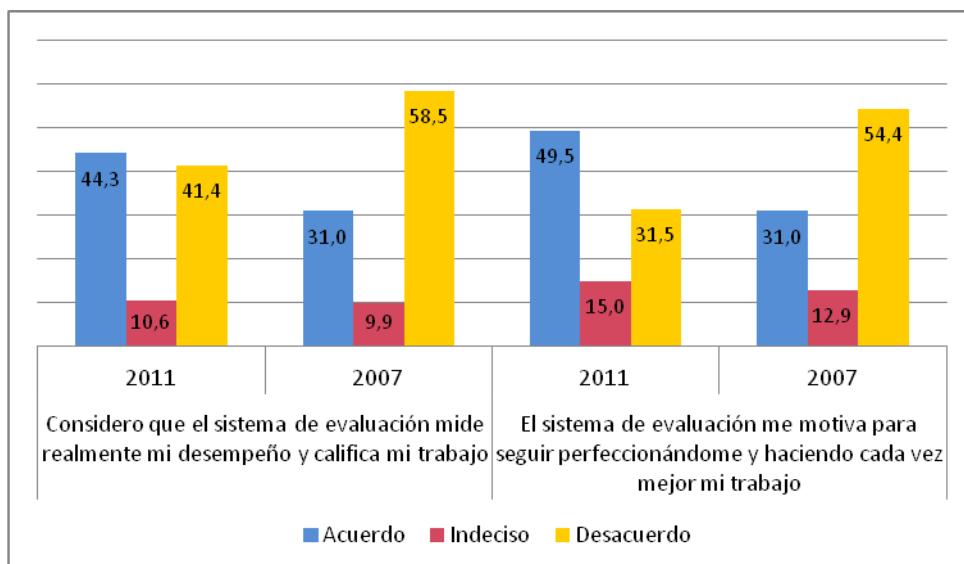
Gráfico N° 69

“Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?” Según Estamentos (en % de cada Estamento). 2011.



En las conversaciones regulares con la jefatura para evaluar el desempeño, también hay una diferencia según estamentos, como se observa en el gráfico anterior (no se observan diferencias significativas según tipo de contrato. El detalle de las diferencias por grupo se presenta en Anexos).

Gráfico N° 70
Percepción sobre el sistema de evaluación. Personal a contrata. 2011 – 2007.

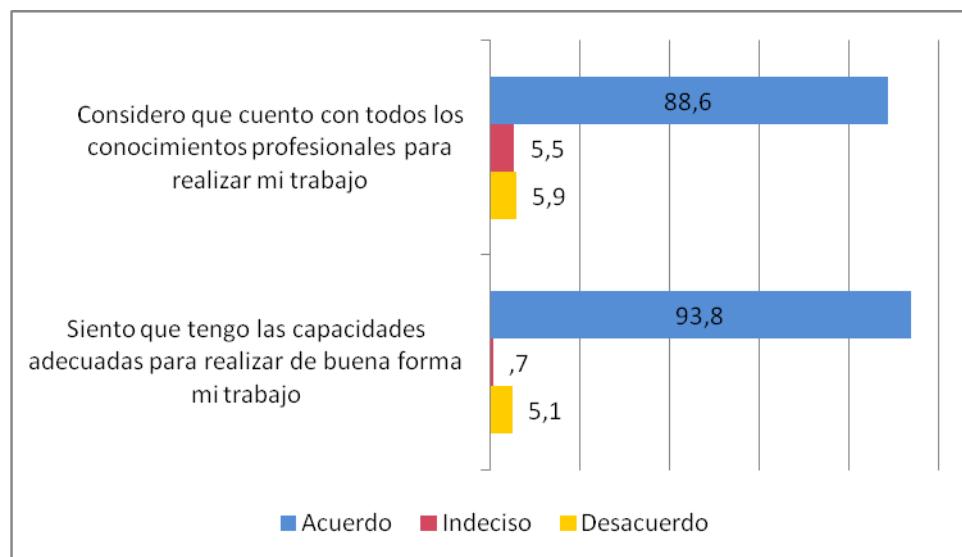


La percepción de parte del personal a contrata de que la evaluación mide realmente su desempeño ha disminuido desde el 2007. En esta se observan diferencias según estamento para el año 2011, en cuanto el acuerdo es mayor en el Estamento A (86,7%), que en el B (53,3%) que en el C (42%).

Por otro lado, si este sistema motiva al personal, también presenta una disminución en el acuerdo desde el 2007, observándose diferencias, para el año 2011, según estamento, ya que el acuerdo es de 71,4% en el Estamento A; 43,3% en el B y 50,9% en el C.

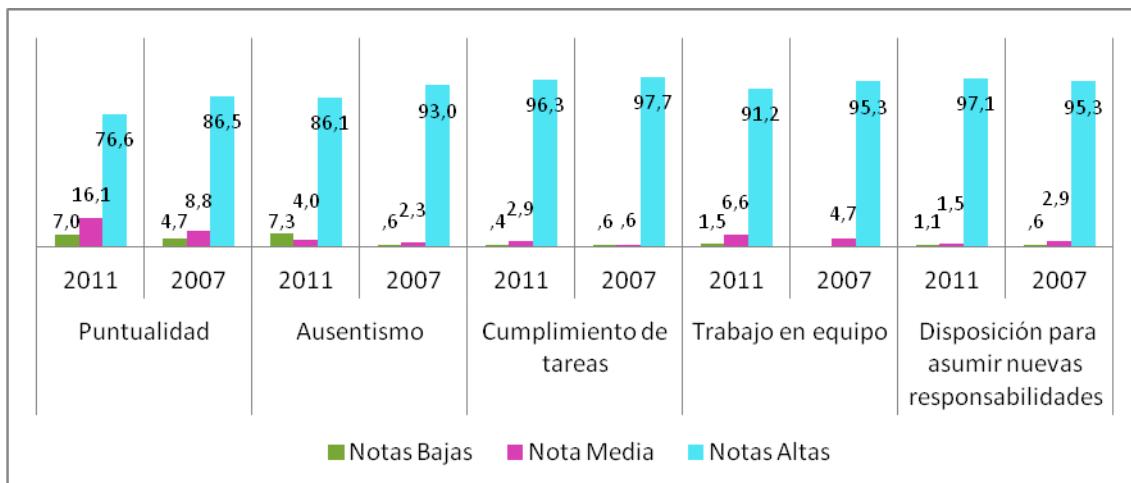
El detalle de las diferencias por estamento y por tipo de contrato, para ambas variables, se presenta en Anexos.

Gráfico N° 71
Auto evaluación de competencias. 2011



En cuanto a la autoevaluación de competencias se observa un alto acuerdo ante las afirmaciones planteadas, proviniendo el porcentaje de desacuerdo principalmente del Estamento C (para ambas afirmaciones presentadas en el gráfico N°82).

Gráfico N° 72
Autoevaluación de Desempeño Laboral. 2011 – 2007.



En la autoevaluación de desempeño laboral, con respecto a determinados aspectos, se observa que en todas ha disminuido su porcentaje de “notas altas”.

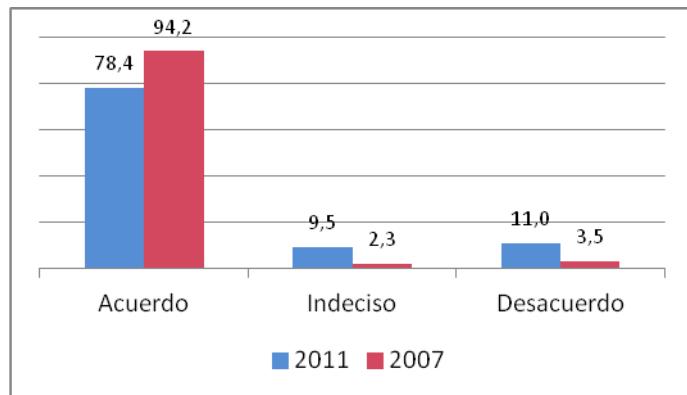
Como se observa en el cuadro siguiente, la puntualidad es la que tiene menor promedio (al igual que en el año 2007).

**Cuadro N° 77
Estadísticos: Autoevaluación de Desempeño. 2011 – 2007.**

		Puntualidad	Ausentismo	Cumplimiento de tareas	Trabajo en equipo	Disposición para asumir nuevas responsabilidades
N	Válidos 2011	272	266	272	271	272
	Perdidos 2011	1	7	1	2	1
N	Válidos 2007	171	171	171	171	171
	Perdidos 2007	0	0	0	0	0
Media 2011		6,11	6,34	6,70	6,52	6,71
Media 2007		6,32	6,82	6,74	6,58	6,73
DT. 2011		1,013	1,505	,541	,783	,571
DT. 2007		,904	,787	,559	,583	,631

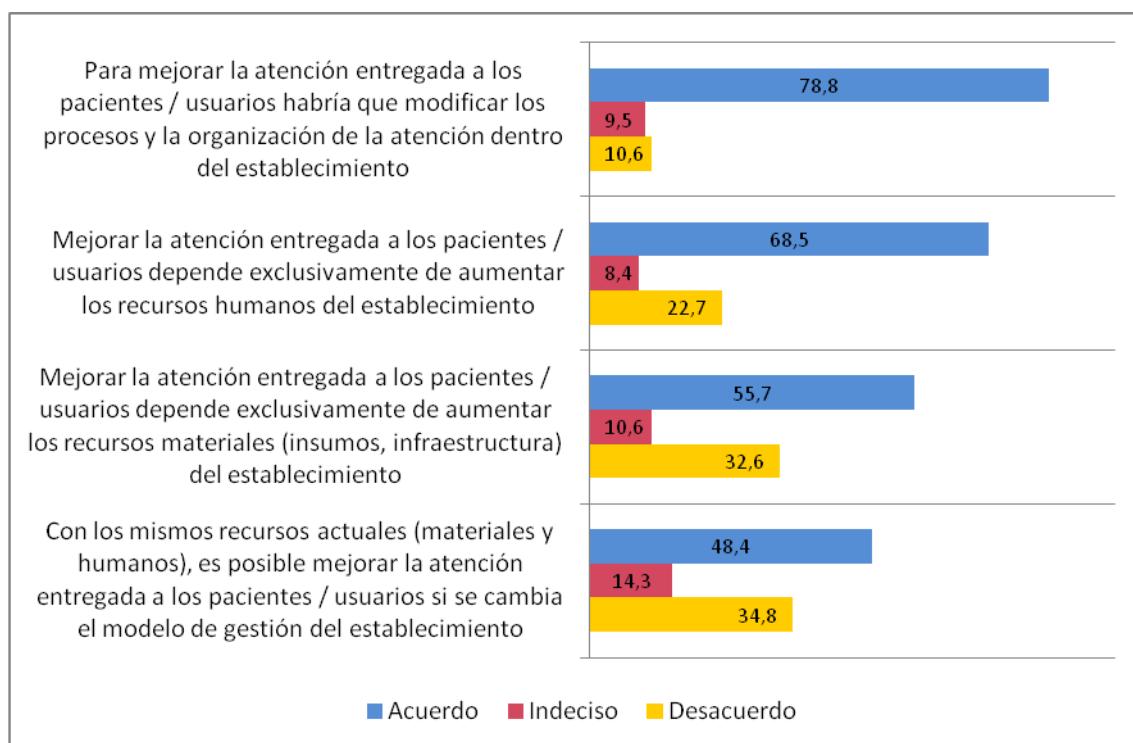
5.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

**Gráfico N° 73
“En general, en el HPH se atiende bien a los pacientes”. 2011 – 2007.**



El acuerdo con respecto a la afirmación “En general, en el HPH se atiende bien a los pacientes” ha disminuido desde el 2007 significativamente. En esto se observan diferencias según grupo, en tanto que el 100% de los Md. está de acuerdo, al igual que el 92% de los Prof. No Md. y el 87,3% de los TPM; sólo el 68,2% de los Adm. lo está y el 62,7% de los Aux. (se presenta el detalle en Anexos). No se observan diferencias significativas según tipo de contrato.

Gráfico N° 74
Medidas para mejorar la atención entregada a los pacientes. 2011.



En cuanto a las medidas para mejorar la atención entregada a los pacientes, el mayor acuerdo se observa en que hay que “modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento”. Para esta se observan diferencias según estamento, en cuanto el 50% del Estamento A esta de acuerdo, al igual que el 74,2% del Estamento B y el 81,7% del Estamento C.

La necesidad de “aumentar los recursos humanos” también presenta alto acuerdo, principalmente en el Estamento C con 76,9% (Estamento A: 20% y Estamento B: 30%). El tener que “aumentar los recursos materiales” presenta menor acuerdo que las anteriores, donde también el Estamento C es el que presenta mayor acuerdo, con un 64,2% de acuerdo (Estamento A: 13,3% y Estamento B: 16,1%).

Por último, el menor nivel de acuerdo de las cuatro alternativas planteadas dice relación con “cambiar el modelo de gestión del establecimiento”, para la cual también hay diferencias según estamento en cuanto al acuerdo: Estamento A: 20%, Estamento B: 22,6% y Estamento C: 54,2%. En Anexos se presenta el detalle según estamento y tipo de contrato, ya que al trabajar cada grupo en áreas diferentes, es importante realizar un análisis más detallado.

5.8 Satisfacción con la Infraestructura

Gráfico N° 75

“¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRSM le facilitan su trabajo?” (en % según grupo). 2011 – 2007.



Por último, se presenta cuánto facilita la infraestructura y el equipamiento en el trabajo que realiza el personal en el HPH. En el gráfico se observa que los Adm. y Aux. tienen una percepción menor que la infraestructura y equipamiento les ayuda en su trabajo, no así el resto del personal, que superan el 50% con “mucho” y “bastante”. Es importante notar la disminución que se observa en los Md. entre el 2007 y el 2011, así como en los TPM.

6 Análisis comparativo de encuestas usuario interno de los tres establecimientos experimentales

Luego del análisis individual de cada EE, se presenta a continuación un análisis comparativo de los EE, que permite tener una visión global sobre el modelo y la percepción de los usuarios internos. Este análisis se realiza sólo con los datos del año 2011.

El análisis se realizará en torno a las mismas dimensiones ya exploradas para cada uno.

6.1 Descripción de la muestra

Siguiendo el muestreo realizado (especificado en Anexos), en que se consideró una muestra representativa según estamentos, a continuación se presenta el número de encuestados para cada establecimiento según el estamento al que pertenecen.

**Gráfico N° 76
Número de Encuestados según Estamento**

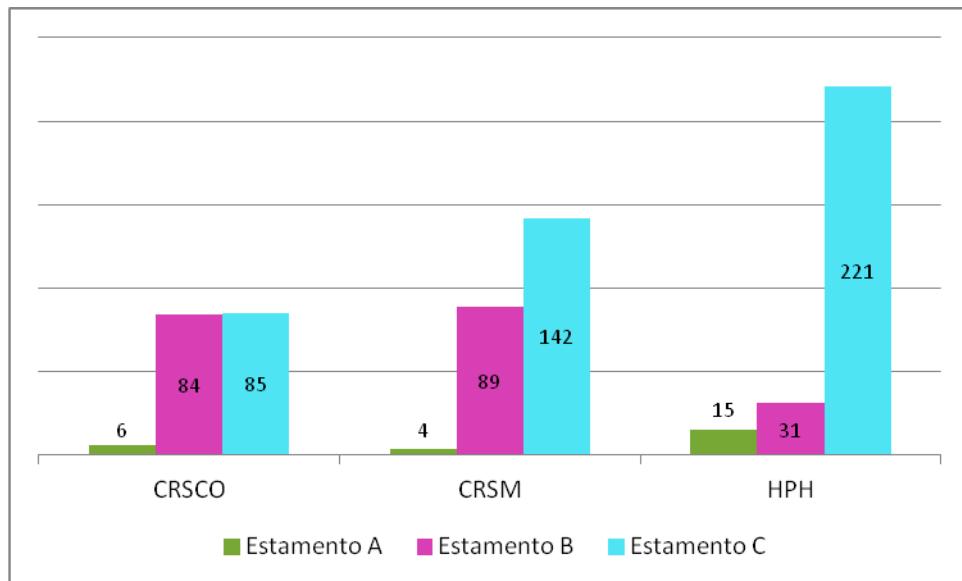
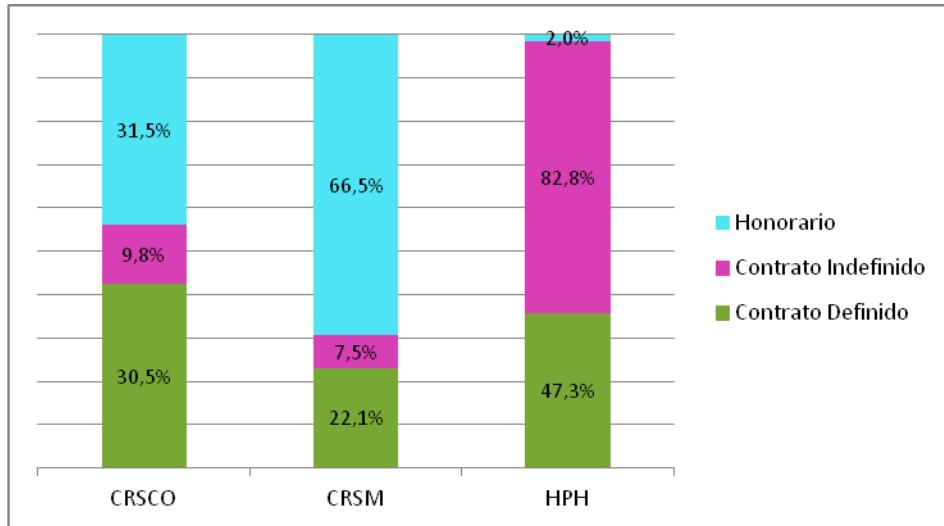
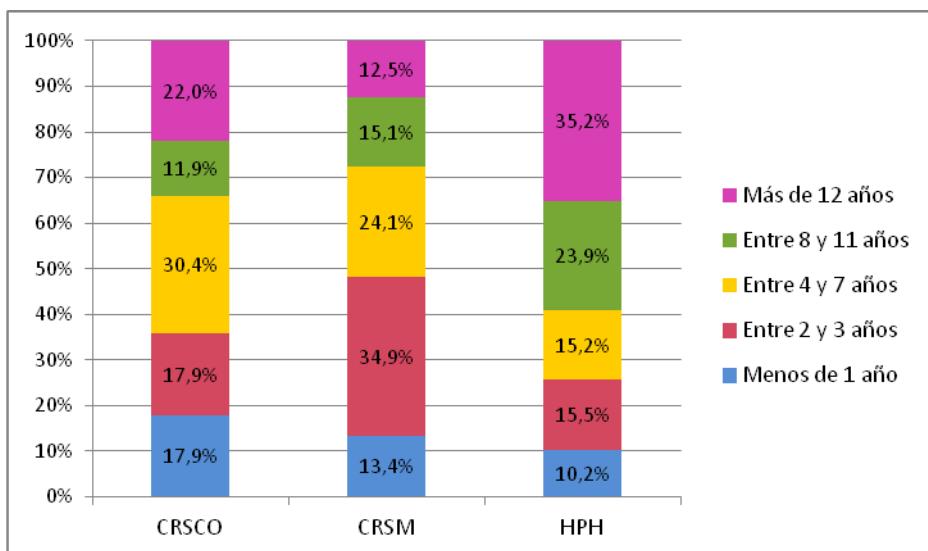


Gráfico N° 77
Porcentaje de encuestados según tipo de contrato (% total por establecimiento)



En el gráfico anterior se muestra la distribución de la muestra según tipo de contrato²⁰⁸. Se puede observar que la distribución para cada establecimiento es distinta, teniendo relación con la dotación efectiva del establecimiento como se puede ver en el Área de Evaluación: Organización y Gestión en el capítulo 11 de Recursos Humanos.

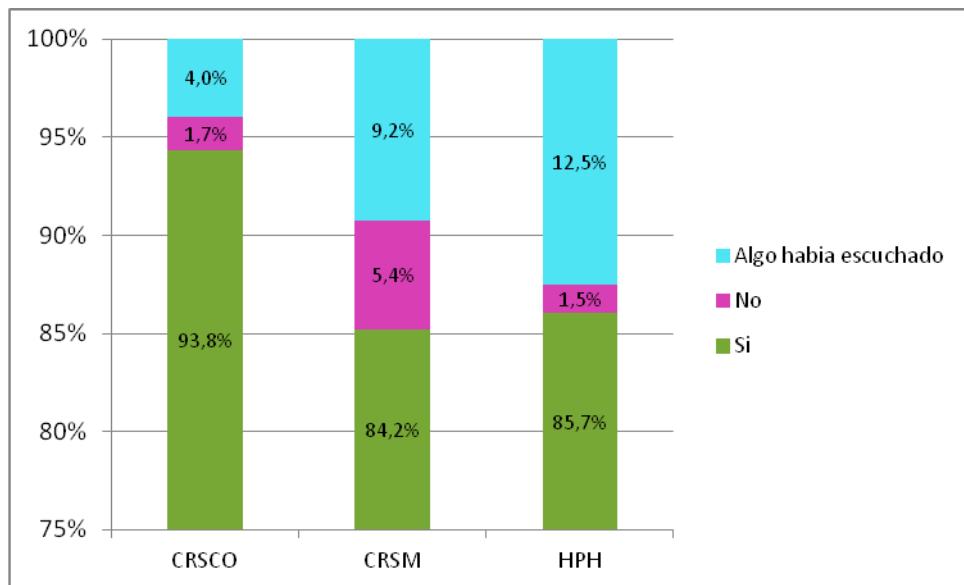
Gráfico N° 78
Porcentaje de encuestados por establecimiento según tiempo de trabajo en él.



²⁰⁸ Es importante recordar que el tipo de contrato no se consideró para la realización del muestreo.

En el gráfico N°89 se observa que en el HPH es donde está la cantidad de personal encuestado que lleva mayor tiempo en el establecimiento²⁰⁹, siendo que casi el 60% lleva trabajando más de 8 años en el Establecimiento. Mientras que en el CRSMS este porcentaje no llega al 30% y en el CRSCO sobre un 60% lleva trabajando menos de 7 años.

Gráfico N° 79
“¿Sabía que el CRS.../HPH, es un establecimiento experimental del SS, ya que tiene características administrativas distintas al resto de los establecimientos de atención?”

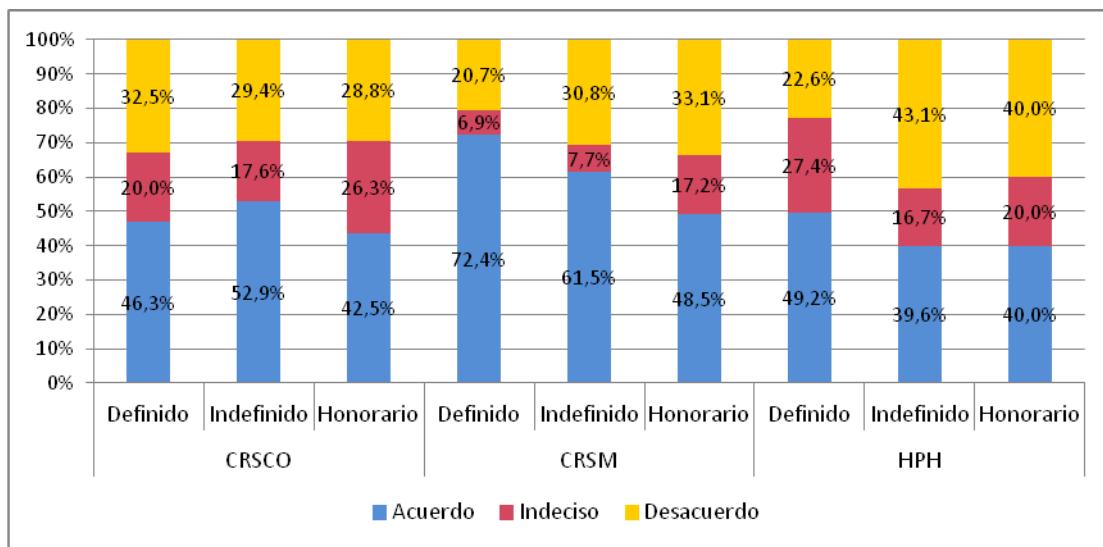


La mayoría del personal de los EE sabe que el establecimiento donde trabajan tiene un modelo particular de gestión, sin embargo, es alto el porcentaje de aquellos que no lo saben (o no lo tienen claro) en el CRSMS y en el HPH.

²⁰⁹ La pregunta hacía referencia a la cantidad de tiempo trabajando en el EE, sin embargo se obtuvieron respuestas que superan el tiempo de que fueron creados o construidos los establecimientos, siendo probablemente el tiempo que llevan trabajando en el sector público de salud.

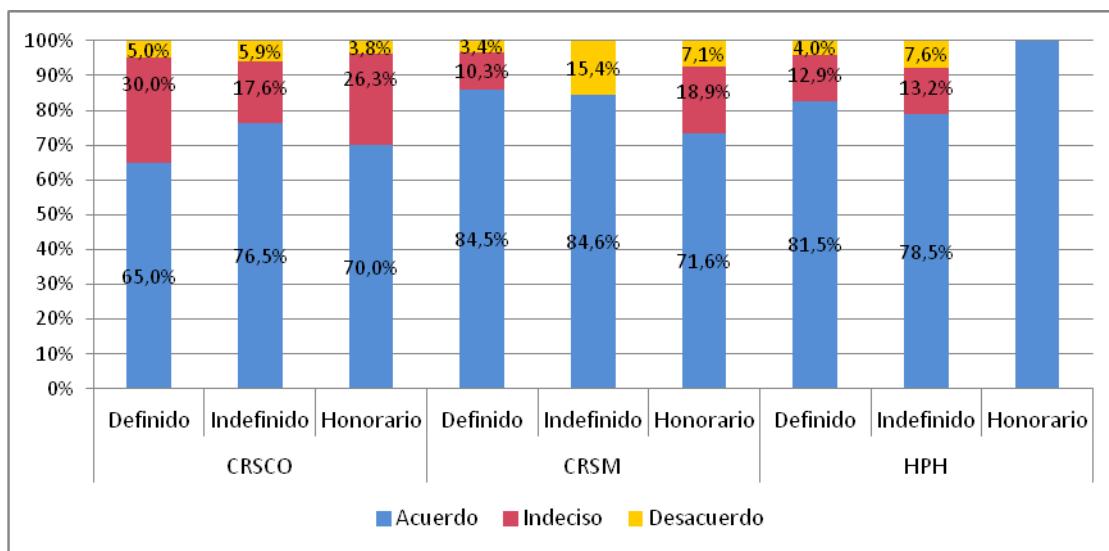
6.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Gráfico N° 80
“Me siento valorado por el CRS.../HPH”



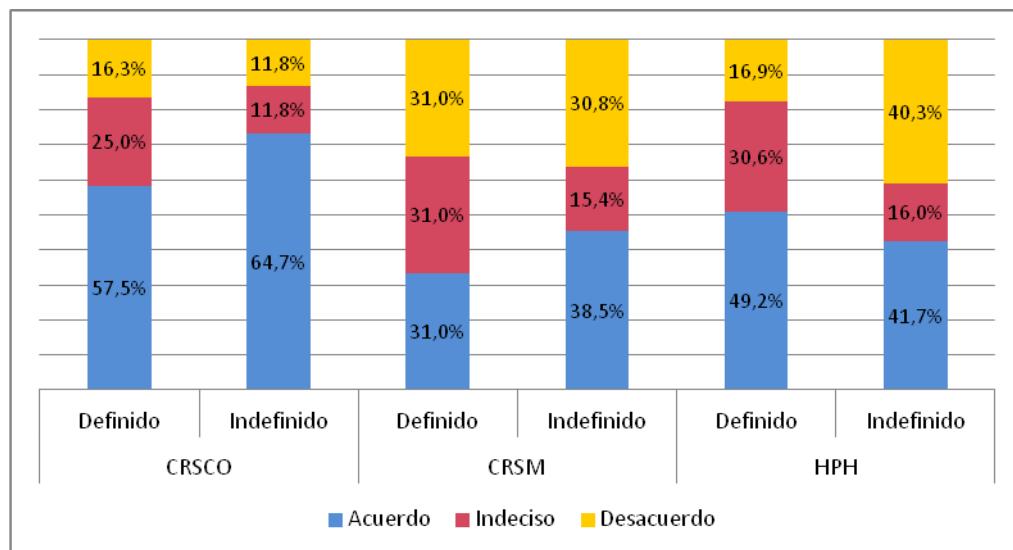
Ante la afirmación “Me siento valorado por...”, el nivel de acuerdo varía según el establecimiento, y como se observa en el gráfico, según tipo de contrato. En total, el CRSCO presenta un 46% de acuerdo, el CRSM un 55,5% y el HPH un 44,3% (presentando éste último también el mayor porcentaje de desacuerdo (33,9%). En Anexos se Presenta mayor detalle por estamento y establecimiento.

Gráfico N° 81
“Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRS... / HPH”



El orgullo de pertenecer y trabajar en un EE es alto, con un promedio de 76,4% de acuerdo con la afirmación propuesta. Así, el HPH presenta un 81,1% de acuerdo, el CRSIM un 77% y el CRSCO 68,4%; siendo el nivel de desacuerdo mínimo (promedio de 5,9%). En el gráfico anterior se observan las diferencias según tipo de contrato:

Gráfico N° 82
“Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar”



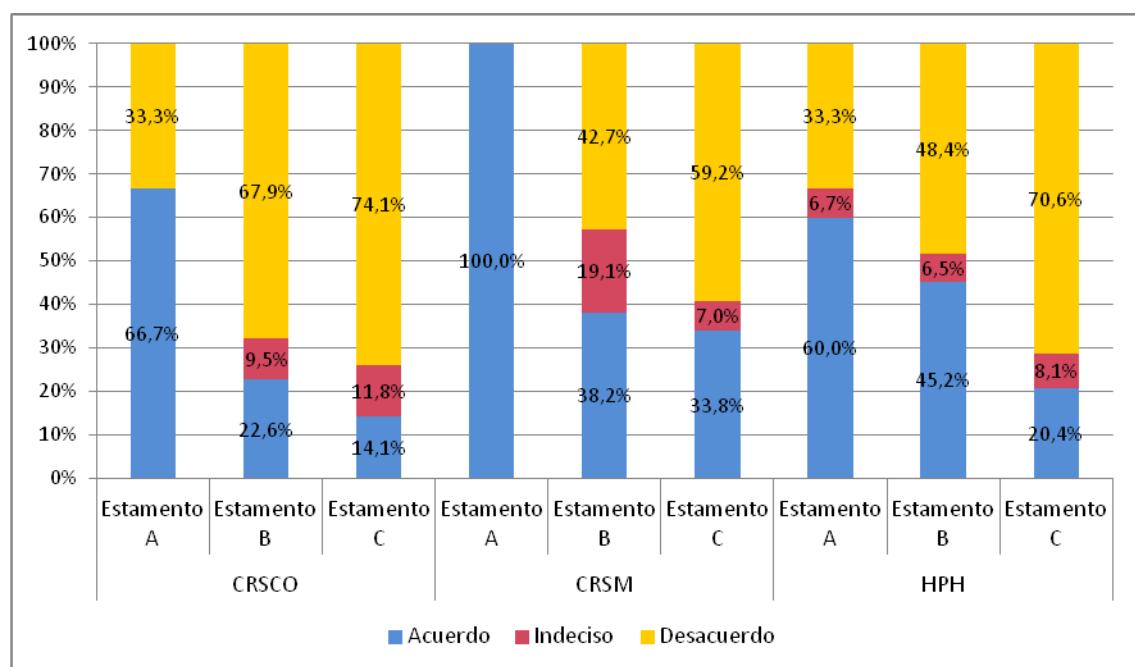
La conformidad con los beneficios del sistema de bienestar, contestada sólo por aquellos con contrato presenta variabilidad entre los establecimientos, siendo mayor en el CRSCO (con 60,6% de acuerdo) que en el HPH (46,4%) y el CRSIM (35,4%).

En anexos se presenta mayor detalle para cada una de las variables presentadas en esta dimensión.

6.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionalaria y posibilidades de ascenso

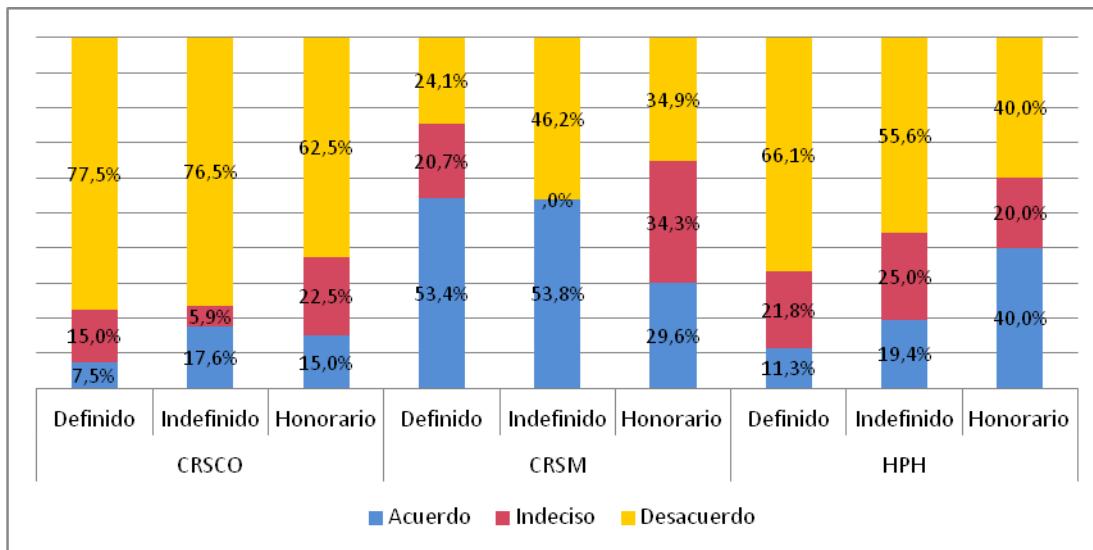
Gráfico N° 83

“Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo”



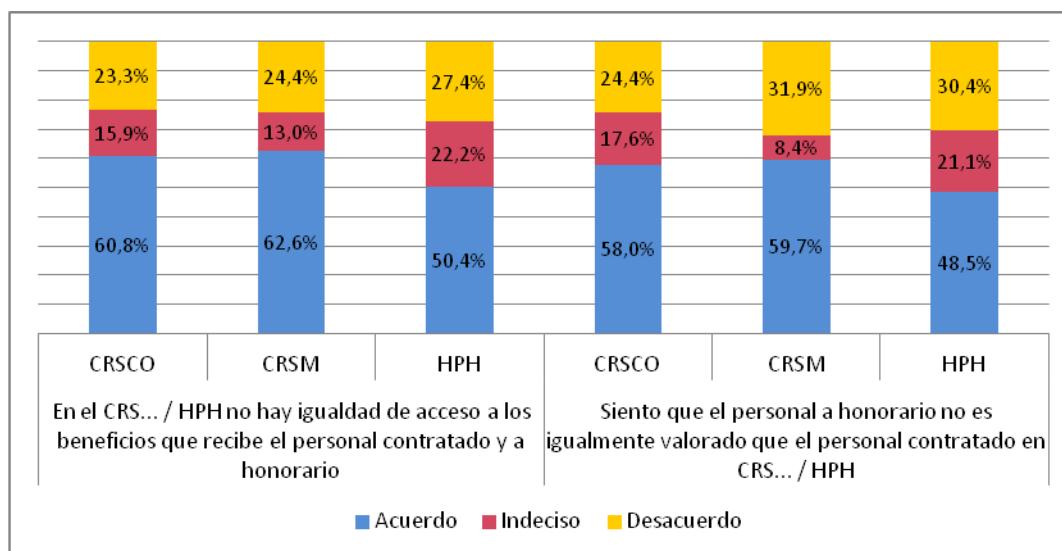
La satisfacción con el sueldo en relación a las responsabilidades que debe cumplir es baja, con un 62,4% de desacuerdo entre los tres EE, siendo el CRSCO el que presenta mayor desacuerdo (70,1%) y el CRSM el que presenta mayor acuerdo (36,3%). Para esto no se observan grandes diferencias según tipo de contrato (se presenta mayor detalle en anexos), y según estamentos, se puede observar lo presentado en el gráfico N°94.

Gráfico N° 84
“Pienso que en el CRS... / HPH los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales”



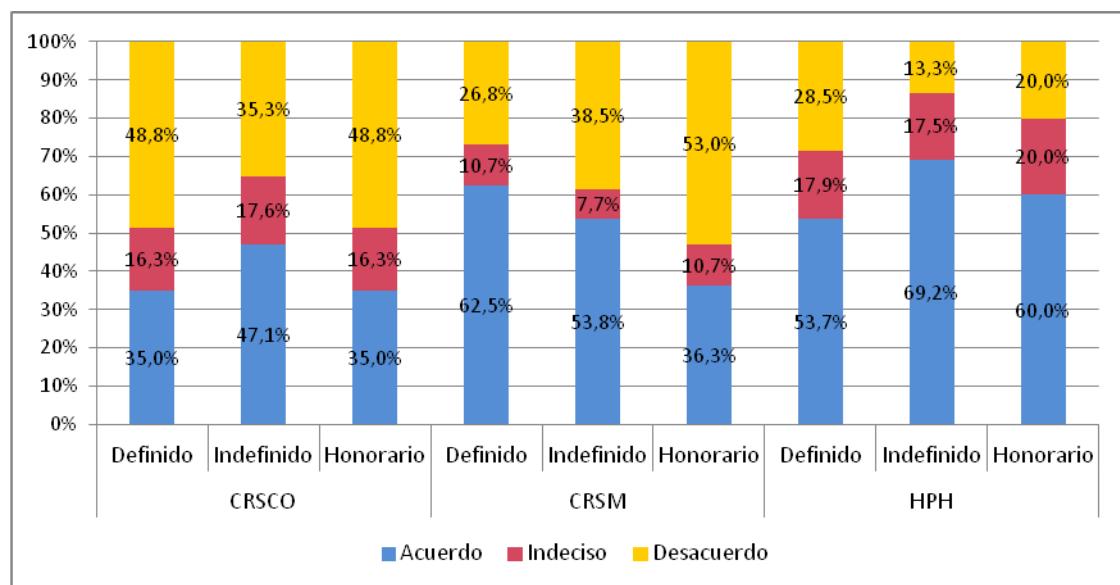
Hay un 53,6% de desacuerdo ante la afirmación presentada en el gráfico anterior, y sólo un 22,3% de acuerdo. En el CRSM es donde se observa mayor dispersión de los datos, siendo que el 33,3% está en desacuerdo y el 37,1% de acuerdo; mientras que en el CRSCO el 11,9% está de acuerdo y el 70,6% está en desacuerdo. En anexos se presenta las diferencias según estamentos.

Gráfico N° 85
Percepción sobre las diferencias entre personal contratado y a honorarios



Las diferencias entre aquellos contratados y a honorarios se perciben como altas, siendo que, en total, el 60,8% del CRSCO, el 62,6% del CRSMS y el 50,4% del HPH (con un total para los 3 EE de 57,3% de acuerdo) está de acuerdo ante la afirmación “En el CRS... / HPH no hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario”. Por otro lado, un total de 54,8% entre los 3 EE está de acuerdo con la afirmación: “Siento que el personal a honorario no es igualmente valorado que el personal contratado en CRS... / HPH”, habiendo una leve diferencia según establecimiento, pero que se puede explicar por la distribución del RRHH en el HPH (con bajo porcentaje de personal a honorarios). En anexos se presentan las diferencias según estamentos para los tres EE.

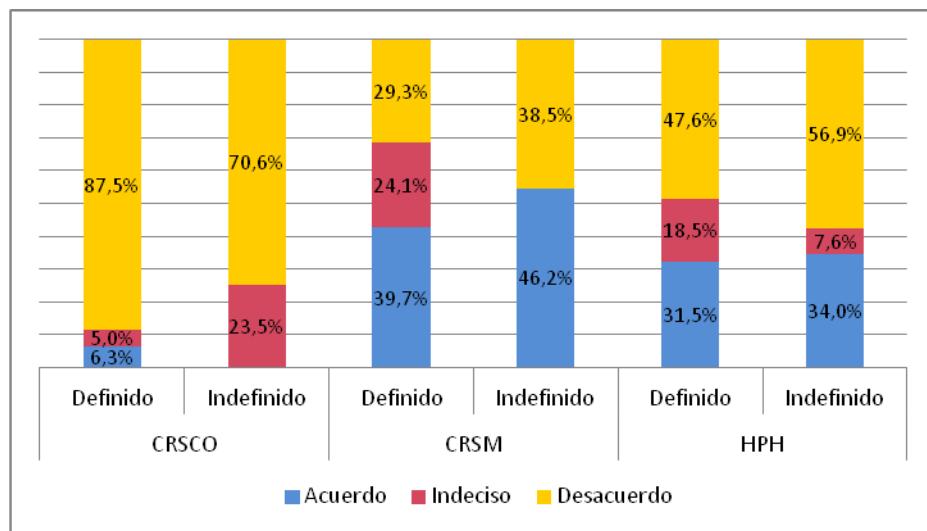
Gráfico N° 86
“Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral”



La estabilidad laboral es percibida de manera distinta por los tres EE y dentro de cada uno de ellos según el tipo de contrato y también según estamento, en que hay mayor acuerdo en el Estamento A (exceptuando el HPH donde los tres estamentos tienen niveles de acuerdo similares). En términos generales el CRSCO presenta un 36,2% de acuerdo (y 47,5% de desacuerdo), el CRSMS un 43,5% (y 46%) y el HPH un 62% (y 20,3%). En Anexos se presenta mayor detalle según estamento.

Gráfico N° 87

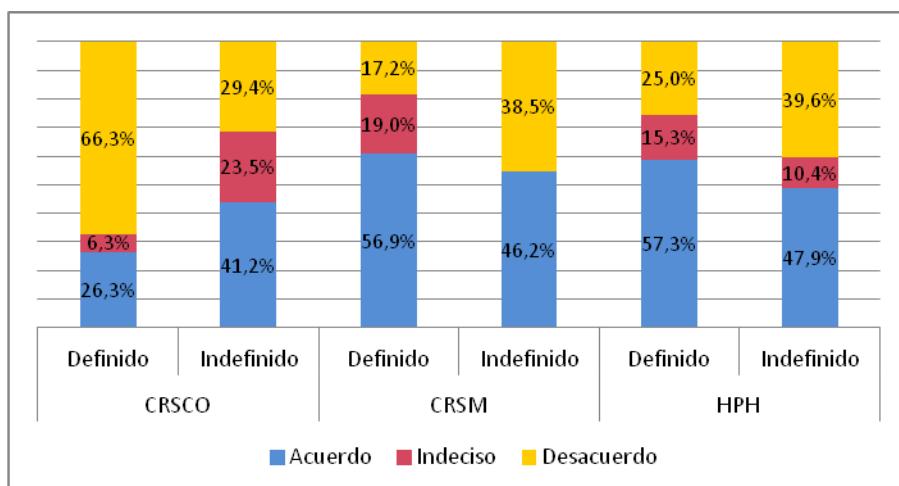
“Creo que en el CRS... / HPH tengo posibilidades de ascender en la carrera funcionaria”



Las posibilidades de ascenso en la carrera funcionalaria, para aquellos con contrato (definido e indefinido) presenta distintos comportamientos en los 3 EE, que se puede apreciar también dentro de cada EE, tanto según tipo de contrato (como lo muestra el gráfico N°98; y según estamento, como se presenta en Anexos). En total, en el CRSCO hay un 86,3% de desacuerdo, mientras que en el HPH este es de un 53,6% y en el CRSM de 33,8%.

Gráfico N° 88

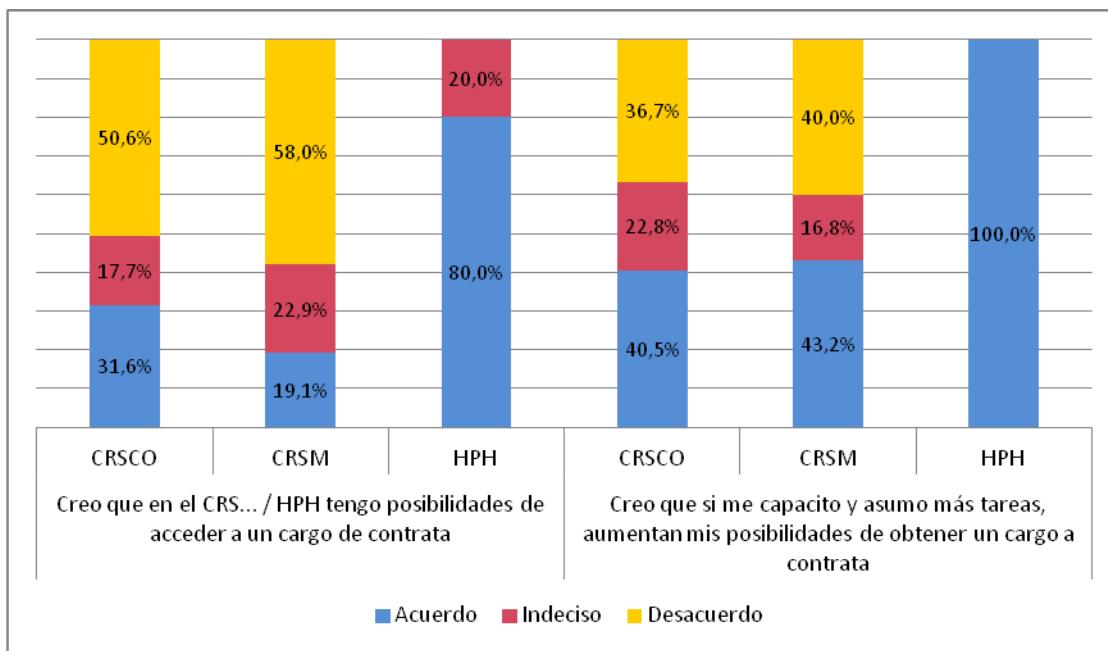
“Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcionalaria y mejorar mi remuneración”



La perspectiva de ascender en la carrera funcionalaria mejora cuando se plantea con las características que debe cumplir el trabajador, en cuanto a capacitación y responsabilidades.

Así, ante la afirmación propuesta, hay un total de 49,1% de acuerdo y un 83,2% de desacuerdo. Aquel que presenta mayor acuerdo es el CRSIM (60%) y el HPH (53,4%), mientras el CRSCO sólo un 29,5%. En el gráfico anterior se pueden observar las diferencias según tipo de contrato (siendo que sólo aquellos con contrato definido e indefinido contestaron) y en anexos se presenta la diferencia según estamento.

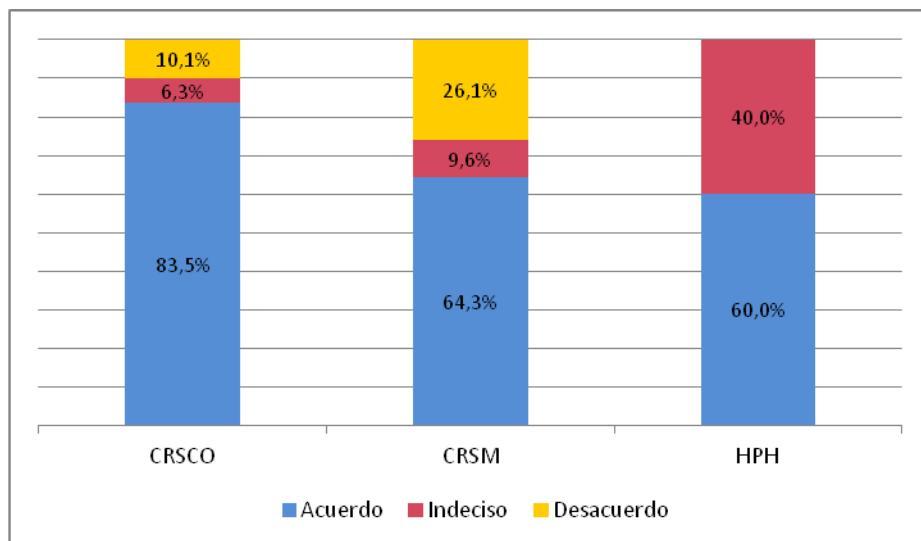
Gráfico N° 89
Personal a Honorarios: perspectivas de contrato



Las perspectivas del personal a honorarios son diferentes en cada establecimiento, presentando un comportamiento similar a aquellos de contrato en las afirmaciones presentadas anteriormente, en cuanto a que la posibilidad de lograr un contrato, considerando mayor capacitación y responsabilidades, es mayor que sin esas consideraciones.

Gráfico N° 90

“Pienso que en CRS... / HPH quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados”

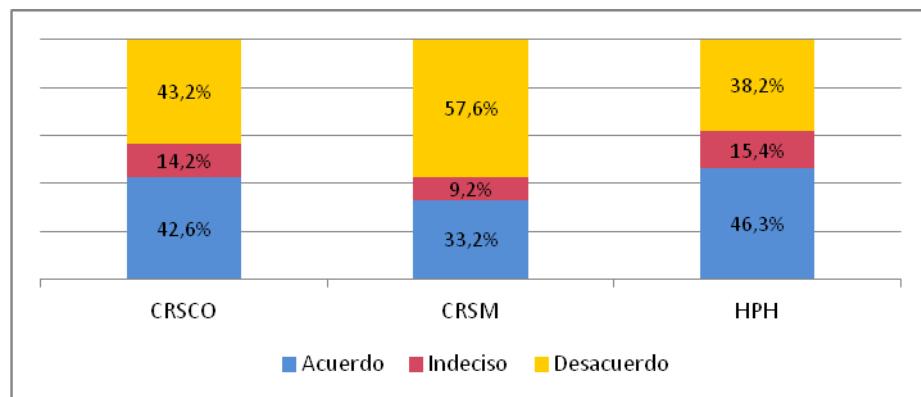


Por último, la percepción de encontrarse en condiciones de inestabilidad, en relación a aquellos con contrato, es también diferente en cada establecimiento, siendo mayor en el CRSCO, que en el CRSM y que en el HPH (considerando que este último tiene poco personal a honorarios, y que sólo 5 personas en esta modalidad contestaron la encuesta). En Anexos se presenta la diferencia según estamentos.

6.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

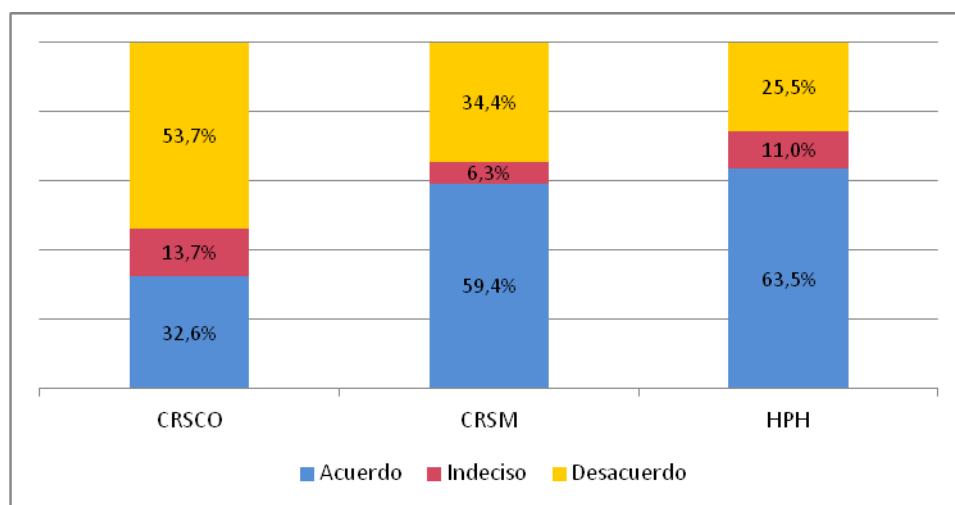
Gráfico N° 91

“En el CRS... / HPH todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga”



La oportunidad de acceso a capacitaciones para los funcionarios de los EE es diferente en cada uno de ellos, aunque se observa un alto porcentaje de desacuerdo con la afirmación planteada. Ante esto se observan diferencias según el tipo de contrato, en que por ejemplo en el CRSO, que presenta el mayor porcentaje de desacuerdo, éste se da en el 61,9% de aquellos a honorarios, 53,8% de contrato indefinido y el 45,6% de contrato definido (mayor detalle de las diferencias según tipo de contrato y estamento en Anexos).

Gráfico N° 92
“En el CRS... / HPH hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios”

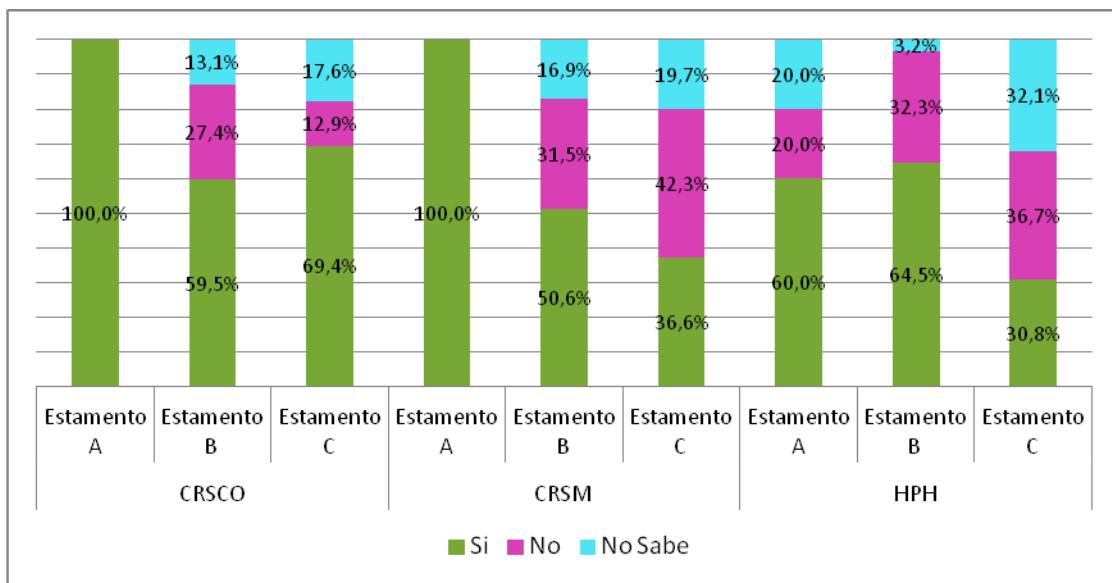


Para la afirmación presentada en el gráfico anterior, contestada sólo por aquellos con contrato, las diferencias son mayores entre los 3 EE, presentando una menor diferencia según tipo de contrato (excepto en el HPH, en que el 57,7% de aquellos con contrato indefinido están de acuerdo y el 70,2% de contrato definido lo está), observándose mayores diferencias según estamento, siendo que por ejemplo en el CRSCO, presenta mayor acuerdo en el Estamento A (66,7%) que en el B (37%) que en el C (17,6%); mientras que en el CRSO, se da el fenómeno inverso: Estamento A: 50% de acuerdo, B: 51,6% y C: 71,4% de acuerdo (más detalle en Anexos).

6.5 Existencia y uso de instancias de participación

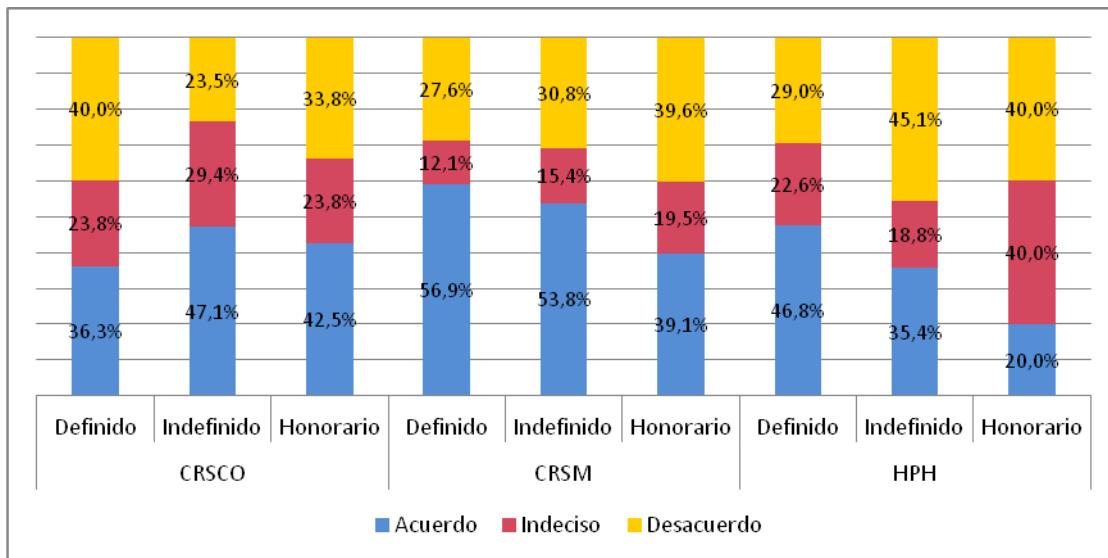
Gráfico N° 93

“¿Existen dentro del CRS... / HPH instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?”



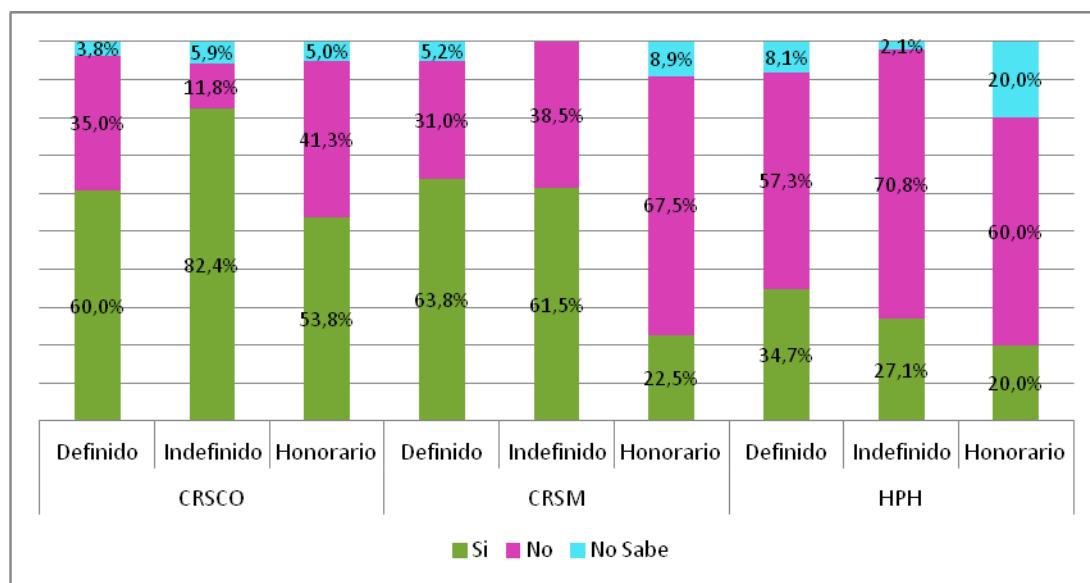
La percepción sobre la existencia de espacios de participación para todos los trabajadores es diferente en los 3 EE: aquellos que respondieron “si” fueron en total: el 66,1% del CRSCO, el 43% del CRSM y el 36% del HPH. Que respondieron “no”: el 19,2% del CRSCO, el 38,8% del CRSM y el 36% del HPH. En el gráfico N°104 se observan las diferencias según estamentos para cada establecimiento y mayores detalles según tipo de contrato en Anexos.

Gráfico N° 94
“Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones”



La percepción de la utilidad de estos espacios tiene una apreciación general similar en los 3 EE, en que en total el 40,1% del CRSCO está de acuerdo, el 45,1% del CRS M y el 40,7% del HPH. Mientras el desacuerdo es de 35,6% en el CRSCO, el 37% del CRS M y el 38,1% del HPH (mayor detalle según estamento en Anexos).

Gráfico N° 95
“En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRS... / HPH?”

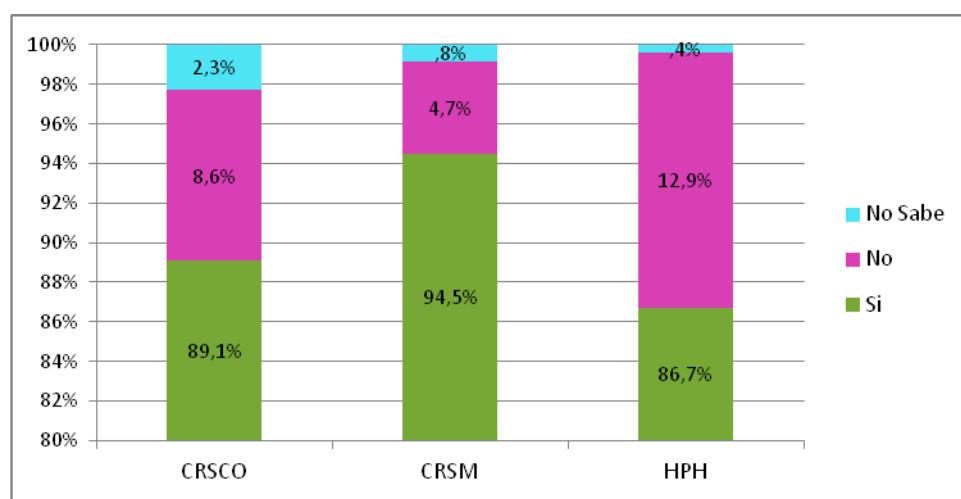


La asistencia efectiva a las instancias de participación se observa más en aquellos con contrato que en aquellos a honorarios en los 3 EE (como se observa en el gráfico N°106). En términos generales, un 39,4% de los encuestados dice haber asistido en los últimos 6 meses a alguna de estas instancias, mientras un 54,7% dice no haberlo hecho. Más detalle en Anexos.

6.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Gráfico N° 96

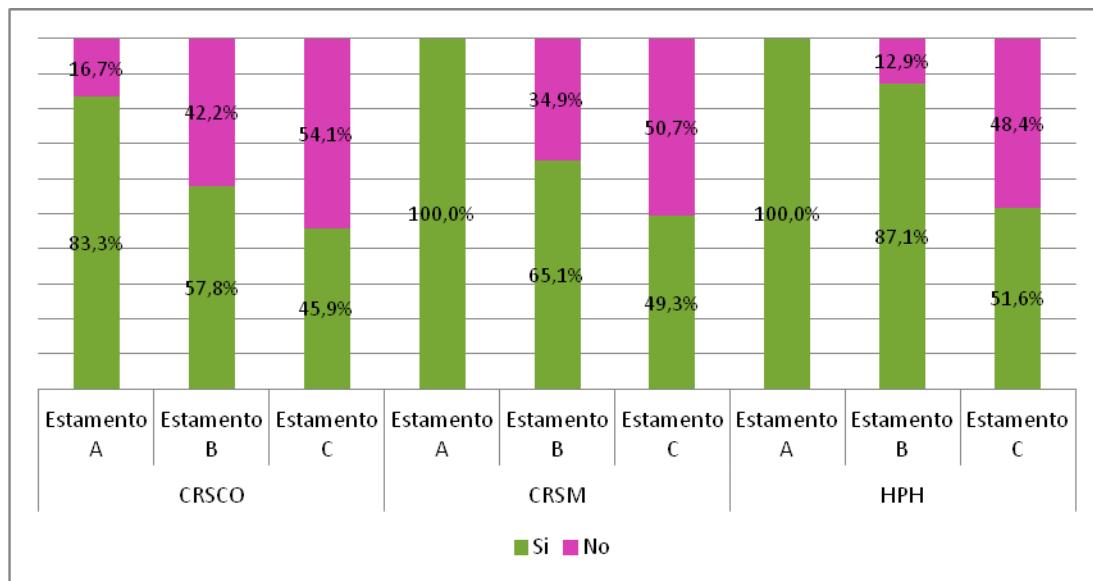
“¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el CRS... / HPH?”



En general están de acuerdo con que se evalúe a los trabajadores en los EE, con un total de 90% de respuestas “si” y un 9% de “no”. Se observan algunas diferencias según tipo de contrato y estamento, que se presentan en Anexos.

Gráfico N° 97

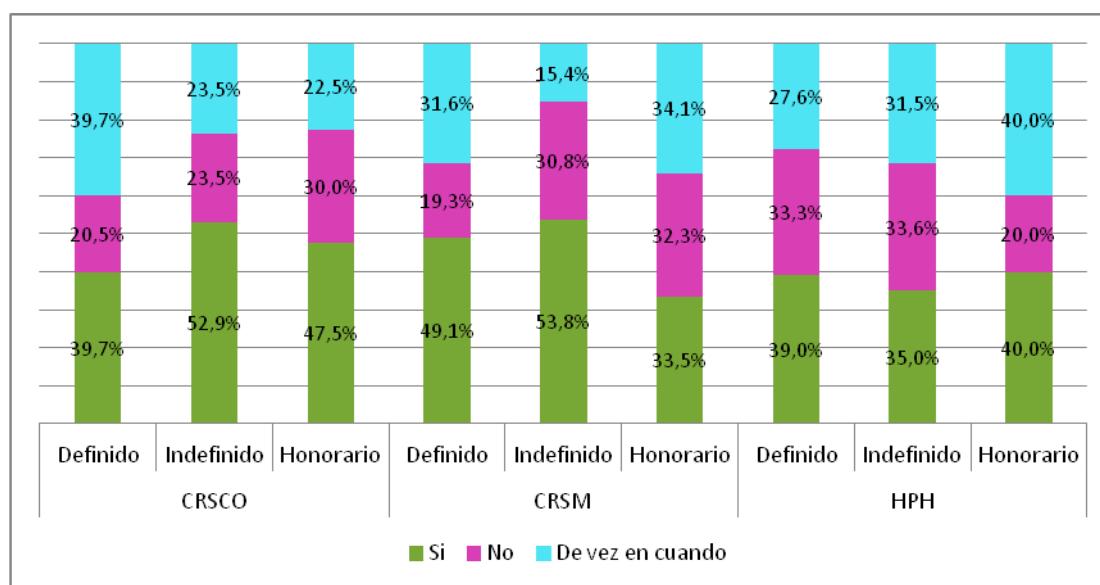
“¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?”



La claridad sobre los criterios bajo los cuales son evaluados presenta diferencias según estamentos que se pueden apreciar en el gráfico N°108. En términos generales en los 3 EE, el 56,1% responde “si” tener claridad al respecto y un 43,9% no la tiene. También se observan diferencias significativas según tipo de contrato que se presentan en Anexos.

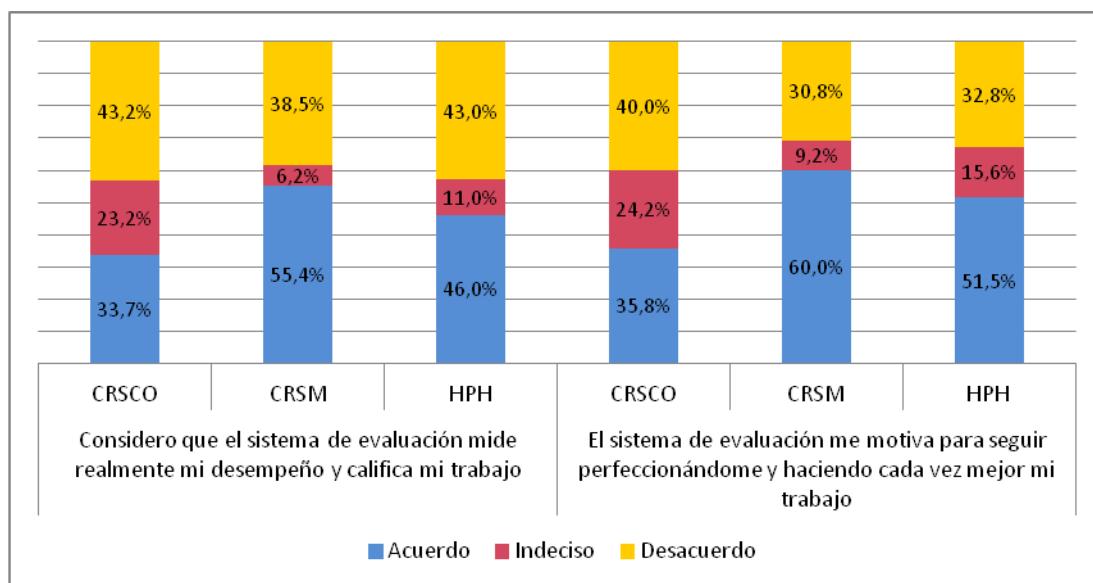
Gráfico N° 98

“Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?”



El 39,4% de los encuestados en los tres EE dicen “si” tener conversaciones con la jefatura para evaluar su desempeño, mientras que el 29,7% responde “no” y el 30,9% dice “de vez en cuando”. Es el CRSCO que presenta mayor porcentaje de que esto si ocurre (44,6%). Como se puede apreciar en el gráfico N°109, se observan diferencias según tipo de contrato, siendo aquellos con contrato indefinido que más responden “si” ante la pregunta planteada (exceptuando el HPH). Mayor detalle sobre las diferencias según estamento se presenta en Anexos.

Gráfico N° 99
Personal a Contrata: Percepción sobre el sistema de evaluación

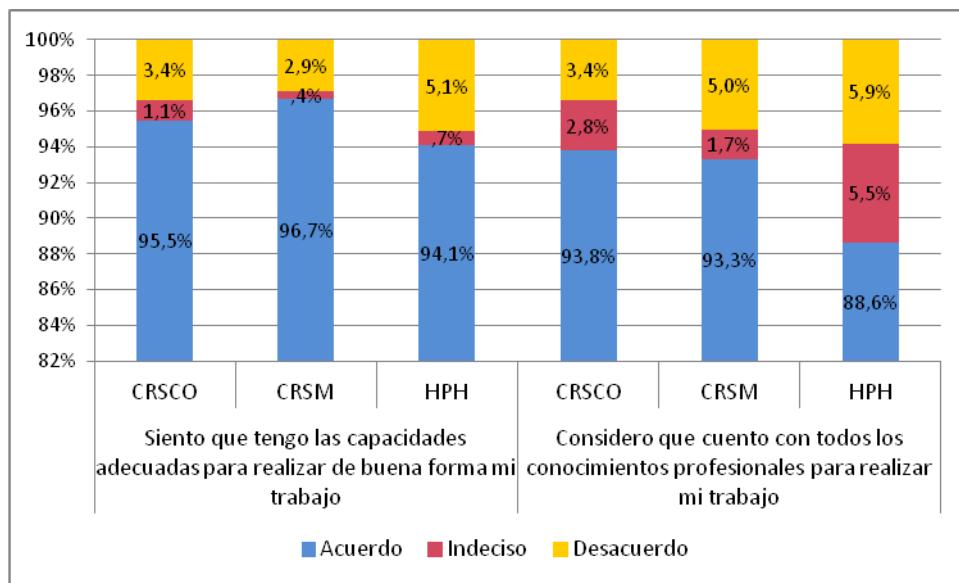


El 44,7% de los encuestados en los EE están de acuerdo con que el sistema de evaluación mide realmente su desempeño laboral, mientras un 42,3% no está de acuerdo. Ante esto se observan diferencias según estamento, en cuanto por ejemplo, en el CRSCO, el Estamento A esta en un 50% de acuerdo, el B en un 27,8% y el C en 38,2%; en el CRSMS el acuerdo en los estamentos es: A: 75%, B: 54,8% y C: 55,2%; y el HPH: A: 86,7% de acuerdo, B: 53,3% y C: 42%. También se observan diferencias según tipo de contrato que se presentan en Anexos.

Por otro lado, el 49,3% está de acuerdo con que el sistema de evaluación los motiva para seguir perfeccionándose y mejorando en su trabajo; y un 34,1% está en desacuerdo. En este aspecto también se observan diferencias entre aquellos a contrato definido e indefinido, siendo mayor el acuerdo entre aquellos con contrato indefinido en el CRSCO; mayor en contrato definido en el CRSMS y en el HPH.

Mayor detalle para ambas variables, según tipo de contrato y estamento en Anexos.

Gráfico N° 100
Autopercepción de competencias



La autopercepción de competencias es evaluada de manera similar por los tres EE como se puede observar en el gráfico N°111, ante las 2 afirmaciones planteadas (mayor detalle en Anexos).

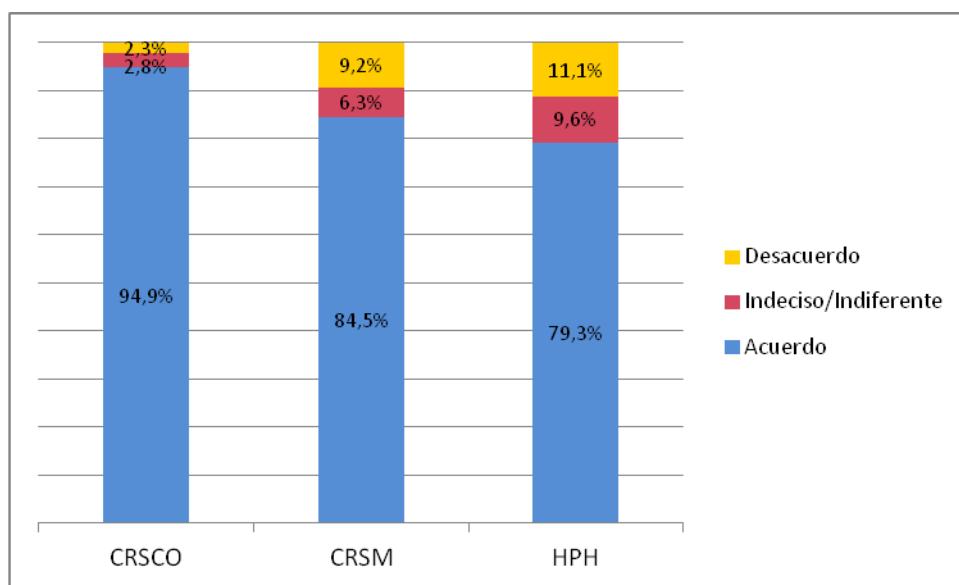
Cuadro N° 78
Autoevaluación de Desempeño Laboral

		CRSCO	CRSM	HPH
Puntualidad	Notas Bajas	2,3%	2,9%	7,0%
	Nota Media	12,4%	10,0%	16,2%
	Notas Altas	85,3%	87,0%	76,8%
Ausentismo	Notas Bajas	9,2%	5,5%	7,5%
	Nota Media	2,9%	0,0%	4,1%
	Notas Altas	87,9%	94,5%	88,3%
Cumplimiento de tareas	Notas Bajas	0,0%	0,4%	0,4%
	Nota Media	1,1%	2,5%	2,9%
	Notas Altas	98,9%	97,1%	96,7%
Trabajo en equipo	Notas Bajas	0,6%	2,1%	1,5%
	Nota Media	9,0%	5,0%	6,6%
	Notas Altas	90,4%	92,9%	91,9%
Disposición para asumir nuevas responsabilidades	Notas Bajas	2,3%	0,4%	1,1%
	Nota Media	6,2%	2,5%	1,5%
	Notas Altas	91,5%	97,1%	97,4%

Por último, en la autoevaluación con determinados aspectos del desempeño laboral (cuadro N°83) se observan leves variaciones entre los tres EE.

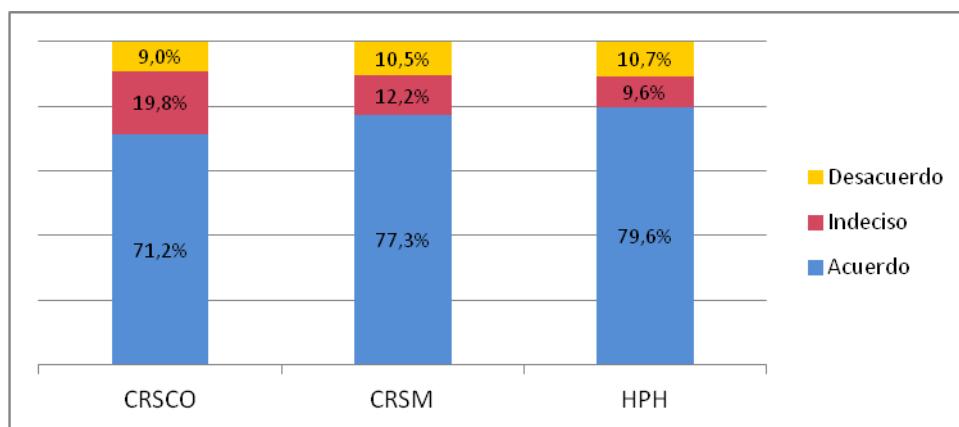
6.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Gráfico N° 101
“En general, en el CRS... / HPH se atiende bien a los pacientes”



Hay un acuerdo general, pero diferenciado, que se atiende bien a los pacientes en los EE. Este aspecto será interesante de analizar y comparar con la percepción que tienen los propios pacientes, indagada en la encuesta a usuarios externos que se realizó en el marco de este estudio.

Gráfico N° 102
“Para mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento”

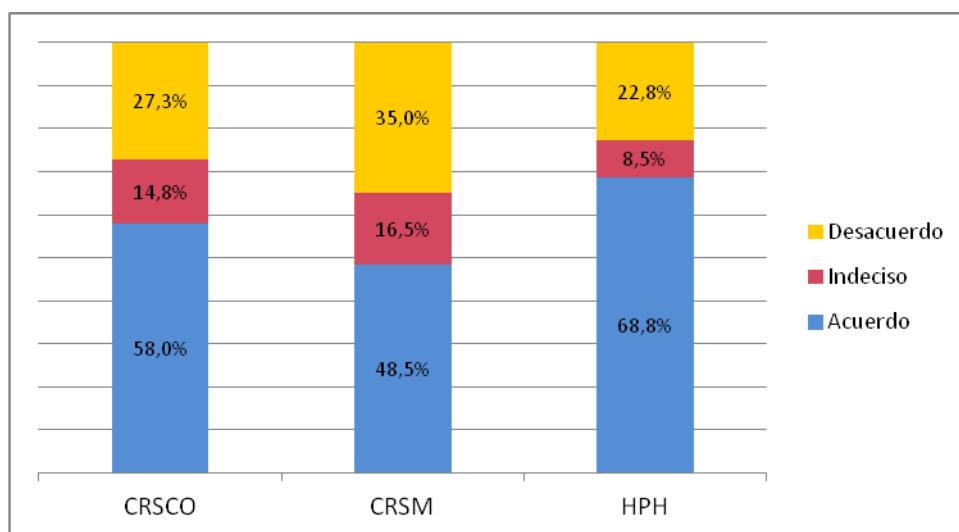


Ante las afirmaciones planteadas sobre qué es necesario hacer para mejorar la atención entregada a los pacientes (que se analizan en los cuatro gráficos siguientes), ésta primera (gráfico N°113) es la que presenta mayor porcentaje de acuerdo en los tres EE, refiriéndose a la necesidad de modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento, con sobre un 70% de acuerdo, que llega casi a 80% en el caso del HPH.

Se presentará mayor detalle según tipo de contrato y estamento en los Anexos para las cuatro variables que se analizan.

Gráfico N° 103

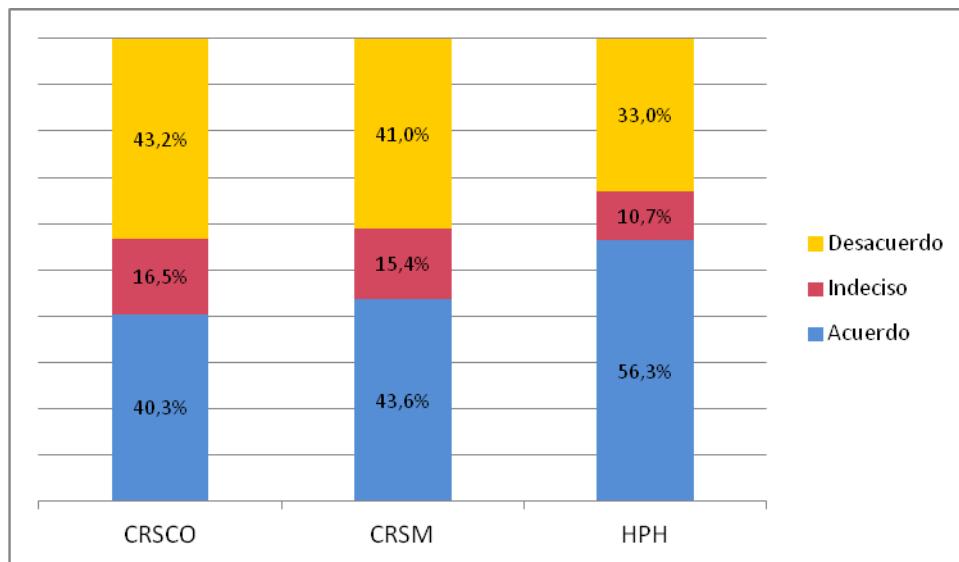
“Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento”



La necesidad de aumentar los recursos humanos en los EE es marcada por el 59% de los encuestados, mientras el 28,2% está en desacuerdo, siendo la segunda alternativa que presenta el mayor porcentaje de acuerdo.

Gráfico N° 104

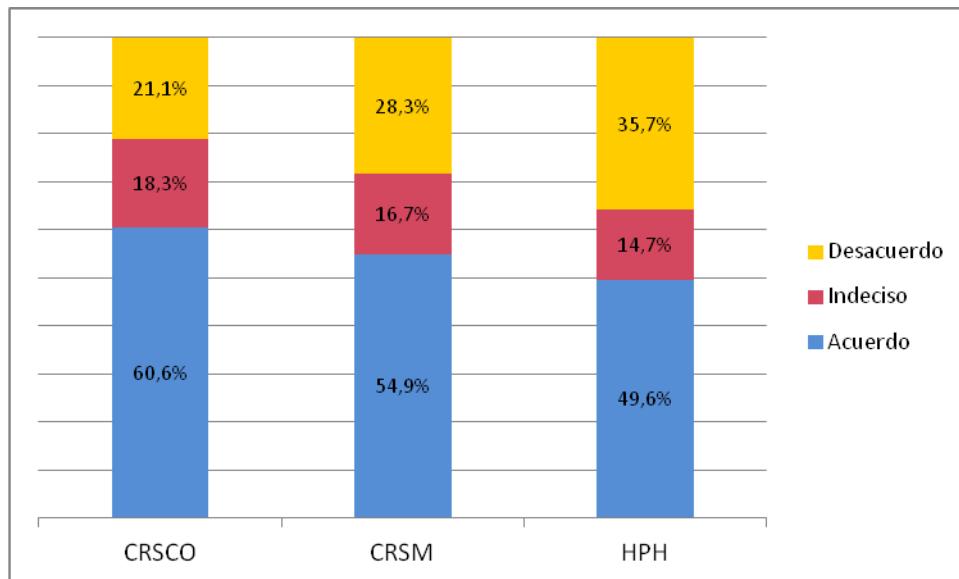
“Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento”



Esta es la opción (presentada en el gráfico N°115) que presentó el menor porcentaje de acuerdo en general, con un 47,8% de acuerdo y un 38,4% de desacuerdo.

Gráfico N° 105

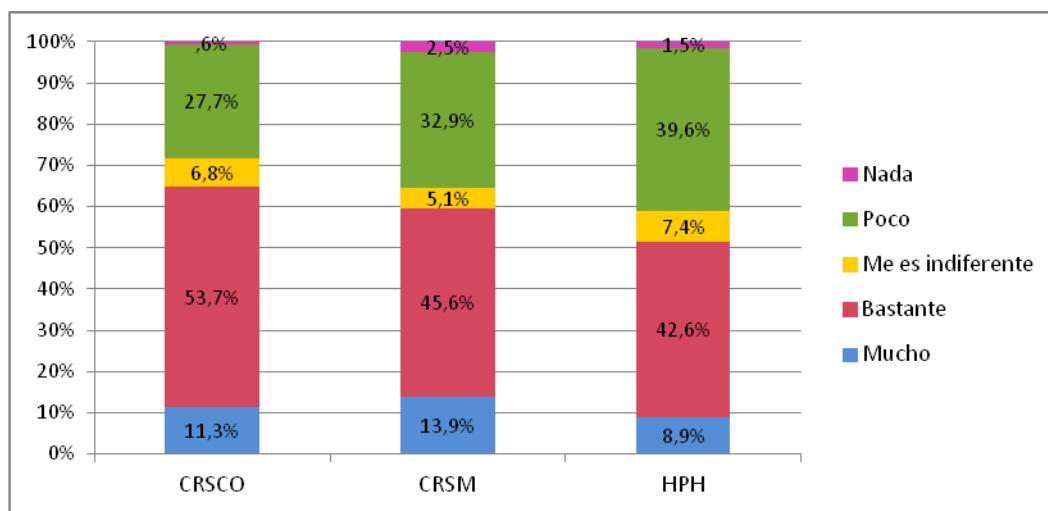
“Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento”



Por último, la necesidad de cambiar el modelo de gestión del establecimiento para mejorar la atención entregada a los pacientes es opinión del 54,3% de los encuestados, con un 29,4% de desacuerdo.

6.8 Satisfacción con la Infraestructura

Gráfico N° 106
“¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRS... / HPH le facilitan su trabajo?”



Por último, se preguntó sobre cuánto facilita la infraestructura para el trabajo del personal. Ante esto, en los tres EE el porcentaje de “mucho” y “bastante” supera el 50%. Se observan diferencias significativas según estamento, por ejemplo, en el CRSCO, el mayor porcentaje de “poco” es marcado por el Estamento C (32,9%), mientras que el 16,5% de este grupo marca “mucho”; por otro lado, el Estamento B marca en un 61,9% “bastante” y 25% “poco”. El CRSM, donde hay un mayor porcentaje de “poco”, esta opción es marcada por el 30,3% del Estamento B y el 33,8% del Estamento C (que el 45,8% marca “bastante”). Por último, en el HPH, el Estamento B marca en un 61,3% “bastante” y un 29% “poco”, mientras el Estamento C marca 38,9% y 42,1% respectivamente.

Mayores detalles, según estamento y tipo de contrato, se presentan en Anexos.

7 Comentarios sobre la encuesta en página web.

A continuación se presenta un resumen de los comentarios dejados en la página web por aquellos que contestaron la encuesta (se recibieron un total de 189 comentarios que fueron posteriormente clasificados según las dimensiones analizadas). Esto permite contextualizar y profundizar en algunos aspectos que son de mayor interés para las personas. Para mantener

y asegurar la confidencialidad de los comentarios, éstos, por sistema, no pueden ser asociados al establecimiento del cual fueron emitidos.

En general los encuestados agradecen la instancia de la encuesta, como una instancia donde pueden manifestar sus problemas y dar a conocer su opinión con respecto al trabajo que desempeñan y la necesidad de ser escuchados, con el deseo que la evaluación que se está llevando a cabo logre reflejarse en mejorar los EE y el servicio de salud pública en el país.

En general se aprecia el modelo experimental, notándose la diferencia que este tiene en cuanto a la gestión, siendo la mayor dificultad, como se observa en los comentarios, el sistema de contratación, el acceso a capacitaciones y la evaluación de desempeño.

7.1 Sentido de pertenencia a la Institución (y relaciones dentro de ella)

El ambiente de trabajo “*es muy agradable*”, con un “*gran equipo de trabajo*”, observándose un compromiso y motivación de servicio público y con la institución en los comentarios de los encuestados, agradeciendo también el apoyo recibido por parte de la institución. Se reconoce también la motivación que provoca el agradecimiento de los pacientes.

Se dice que las jefaturas debieran “*tomar un rol más participativo y tomar en cuenta las opiniones*”, así como una dirección más proactiva y empática, que “*centrara los esfuerzos en el mejoramiento de la atención al paciente, que es la esencia de nuestro quehacer, y no en mejorar los índices estadísticos*”. Algunos consideran que las jefaturas no valoran el trabajo realizado, ni hay un reconocimiento, por parte de la dirección, al recurso humano de calidad. Por otro lado, una persona plantea: “*me encantaría que se pudiera supervisar más el modo con el que operan las jefaturas dentro del establecimiento, ya que muchas veces nos sentimos pasados a llevar y lamentablemente no sabemos a quién recurrir...*”. Sin embargo, otros reconocen la motivación que reciben de parte de las jefaturas, “*el buen jefe hace buen personal*”,

Muchos reclaman no tener espacio para hacer sugerencias, ya que “*en vez de acogerlo constructivamente te transformas en conflictivo*”, así como el sentimiento de que pueda ser motivo de represalias (3 personas lo manifiestan). Se pide también una mayor regulación en el quehacer de los médicos, “*hacen lo que quieren, los pacientes esperan horas y ellos no atienden, insultando a los técnicos paramédicos*”. Reclaman por un trato “*como si fueran personas fuera de nuestro sistema*” a los auxiliares, necesitando ellos también de seguridad laboral.

7.2 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcional y posibilidades de ascenso

En cuanto a la estructura de sueldo y tipo de contratación los encuestados reclaman, en su mayoría (sobre 100 comentarios hacen mención a este tema, de una u otra forma), por mayor cantidad de contratos, “*lo que nos permitiría a todos los trabajadores una mayor estabilidad laboral en todo sentido*”, siendo que a honorarios “*da mucha sensación de inestabilidad porque nadie responde o respalda a los funcionarios que trabajan de ésta forma*”, dejando desprotegidos a los trabajadores, siendo planteado como un derecho de todo trabajador. Así, el trabajo a honorarios, afecta el compromiso con la institución y con el trabajo realizado, por la inestabilidad que produce: “*desmotiva enormemente el desempeño y compromiso del trabajador con la institución*”. Reconocen como pocas o nulas las posibilidades de acceder a un contrato. Así también, las exigencias para aquellos a honorarios son las mismas o mayores que para aquellos a contrata, con lo que se considera que la remuneración al menos debiera estar acorde.

Por otro lado, se considera que los beneficios no son acorde con las exigencias del trabajo. Si no es posible contratar al personal, el menos se debiera compensar a aquellos que están a honorarios con beneficios (por ejemplo aguinaldos, bonos de cumplimiento de metas, sala cuna, bienestar en general) y legales (salud y AFP) como una manera de incentivo. Por otro lado, no tienen derecho a indemnización por años de servicio ni seguro en caso de accidente, así como “*la desigualdad por no tener una FENATS es impresionante y no sentir apoyo del CRS como respaldo*”. Se reconocen grandes brechas entre aquellos con contrata y a honorarios, aspirando a una cierta igualdad.

Se manifiesta también que debe considerarse la cantidad de años de servicio (de antigüedad), siendo que muchas personas que están a honorarios llevan muchos años en la institución en esa condición, y no son prioridad a la hora de existir posibilidades de contrato. Se considera que esto es causa de la alta rotación del personal, al no ser “*atractivo para los funcionarios nuevos como lugar de trabajo porque falta igualdad en beneficios con los funcionarios antiguos*”. Por otro lado, debieran considerarse también las capacitaciones realizadas.

Se considera a la dirección de los establecimientos como responsables de esta situación “*al no luchar por un mayor porcentaje de personal contratado*” y uno menciona la necesidad de cambiar el DFL. Reconocen que hay un cambio en cuanto a las políticas de recursos humanos, pero que estas deberían ser mejoradas, ya que en algunos servicios se ha deteriorado la relación interpersonal por la falta de rotación de algunas jefaturas.

Se considera que los sueldos no consideran la antigüedad, “*no está acorde al estatus de centro de especialidades, en comparación a la atención primaria*” y que en general los funcionarios de la salud están muy mal remunerados para la sobrecarga laboral que hay en salud pública, siendo también que consideran que en los EE los sueldos están por debajo que

en otros hospitales. Solucionar esto se ve como un “*incentivo para realizar un trabajo de mayor calidad y una mejor atención a los pacientes*”. Así, se pide entregar incentivos por responsabilidad y por cumplimiento de metas.

Piden carrera funcional (o sistema de promoción) “*lo que se transforma en poco motivante para continuar (trabajando) en él (establecimiento)*”, “*no permite estimular la estadía de buenos profesionales*”, como incentivo para capacitarse y mejorar el desempeño laboral, así como generar posibilidades de aumentar la remuneración.

Ante esto, “*parece imprescindible que se realice un análisis profundo del modelo de gestión de la institución, del sistema de empleo de los funcionarios (contrata – prestación de servicios), de manera tal que las condiciones para todos sean de absoluto equilibrio y por ende, se valoren las capacidades, el desempeño, el trabajo en equipo y el compromiso con la institución*”, ya que “*genera odiosas diferencias internas que dificultan el trabajo*”. Por otro lado, “*la escala de remuneraciones hace que los más capacitados lleguen a un tope, sin posibilidad de progresión rápidamente lo que los hace buscar otras alternativas laborales mejor pagadas, tanto en el ámbito público como privado. La falta de descanso compensatorio y de artículo 44, sin otras ventajas comparativas hacen que los cargos de urgencia, especialmente, sean muy poco atractivos especialmente para las nuevas generaciones que tienen muy diversas ofertas*”.

Por último, hay una sobrecarga laboral por falta de personal en algunas unidades, que provoca un “*desgaste*” en la actividad para mantener la continuidad de la atención, así como “*pone en riesgo la atención de los pacientes*”. Es decir, faltan especialistas, así como mayor personal técnico y auxiliar.

7.3 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

Se piden mayores posibilidades y oportunidades de capacitación y perfeccionamiento para subir de grado o acceder a contratos, así como mayor oferta de cursos según interés individual y por unidad.

No hay muchas oportunidades de acceder a cursos, y que éstas sean iguales para todos los funcionarios, sin distinción de tipo de contrato, siendo que reclaman que aquellos a honorarios no tienen posibilidades. Por último, “*los técnicos también deberíamos de tener la responsabilidad de capacitar*”.

7.4 Existencia y uso de instancias de participación

Es importante “*considerar opinión de funcionarios para toma de decisiones*”, así como aumentar las instancias de participación para aquellos a honorarios. Por otro lado, se manifiesta que faltan canales de comunicación en la institución, tanto interna como externa,

"es urgente que exista una unidad de comunicaciones acorde a los conflictos latentes que existen, y que esta unidad sea un ente que articule estrategias y tácticas comunicacionales que mejoren el clima laboral".

7.5 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Se solicita, por muchos, hacer más transparentes el sistema de evaluación y los criterios, así como la necesidad de unificarlos *"de manera que esta evaluación contribuya definitivamente a la mejora del establecimiento y de las unidades"*. Reclaman que el sistema de evaluación no sirve para motivar ni incentivar *"para seguir haciendo las cosas bien"*, sino que más bien *"desmotiva"*. Por otro lado, se considera que estas son subjetivas e injustas en ocasiones *"ya que jefes de otros servicios califican a las funcionarias por tener una buena relación interpersonal"*, o *"terminar con las calificaciones porque resultan subjetivas, están bajo el ánimo de quien evalúa"*, aspecto que mencionan varios, en que se calificaría por amistad y conveniencia (*"de piel"*), siendo muy personales y dependiendo de la relación con el evaluador y no considerándose efectivamente el desempeño laboral. Así también, *"debiera evaluar el jefe directo del personal y no la jefatura que te ve de vez en cuando"*. Por último, muchos piden el poder evaluar también a sus jefaturas.

7.6 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Hay que entregar un valor agregado en la atención a los pacientes, mejorar y controlar los procesos con indicadores adecuados, así como la disposición, el *"cariño"*, compromiso y actuar de algunos funcionarios, siendo el objetivo final de su trabajo. Es importante que esto sea definido desde la dirección. Reconocen así que la mejora a la atención a los pacientes no pasa sólo por la cantidad de recursos físicos y humanos o por la capacitación de este último (siendo de todas maneras importante). Por último, es importante potenciar el trabajo en red (con la APS) y promover el trabajo inter-unidades e inter-estamentos en las distintas unidades.

7.7 Satisfacción con la Infraestructura

Es importante que haya una política de reposición y renovación de la infraestructura y equipamiento, así como mayor comodidad para los funcionarios. Por último, debiera estar de acuerdo a las exigencias que se les hacen a los funcionarios.

Capítulo 6

Área de Evaluación: “Encuesta Usuario Externo”

1 Introducción

La presente Evaluación Comprehensiva del Gasto incorporó en su metodología una encuesta a usuarios externos de los EE, en consideración de la importancia que las autoridades de salud le han dado, colocando a los usuarios como eje central de su quehacer, desde hace ya más de dos décadas. Esto último se da en un contexto de mayor participación social e involucramiento de la sociedad y sus redes comunitarias en los temas de salud, aplicando diferentes instancias de participación e información a la ciudadanía (Consejos Consultivos, Comités locales, presupuestos participativos, Cuenta Pública Anual, entre otros). Aquí se incluyen como una herramienta para la gestión y particularmente para los programas de calidad, la realización de encuestas que permiten en forma sistemática recoger información respecto de las expectativas, percepciones, nivel de satisfacción en diferentes ámbitos de los usuarios del sistema.

Dada la relevancia que tienen como mecanismos de evaluación de gestión y la alta valoración de la información que recogen estas fuentes primarias de información cuantitativa, es que se ha considerado la realización de una encuesta a usuarios de los EE.

En el análisis realizado por GSC para definir la metodología e instrumentos, se ha privilegiado la idea de poder establecer comparaciones válidas de los resultados de la encuesta aplicada, en primer término entre los EE, pero además, con un referente distinto que permita comparar a los EE con respecto de otro universo de establecimientos. 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). Por otro lado, la utilización de un instrumento ya probado y validado, otorga mayor validez a los resultados de este proceso. 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.

En el presente informe se presenta, en primer lugar, el análisis comparativo entre los EE y con los NO EE, para comenzar con una perspectiva general y luego entrar en los detalles de cada establecimiento. En el documento se presentan los resultados totales, para cada una de las variables medidas; para mayor detalle de cada una de ellas, en Anexos se encuentran los cuadros detallados para los mismos acápitulos acá desarrollados.

2 Metodología:

Para validar la encuesta, se realizó un análisis de fiabilidad del instrumento, por dimensión²¹⁰, con el alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de la escala de medida utilizada, en que se considera que valores superiores a 0,7 (siendo 1 el valor máximo) son suficientes para garantizar la fiabilidad del instrumento. El instrumento utilizado en este caso da los siguientes valores para cada dimensión:

Cuadro N° 79
Análisis de Fiabilidad de Escala de Medida para Instrumento utilizado

Dimensión	Alfa de Cronbach	Nº variables incluidas
Satisfacción Sistema de Salud	0.937	2
Imagen Sistema de Salud	0.937	10
Atención Personal Auxiliar	0.956	6
Atención Personal Profesional	0.968	9
Tiempo de Espera	0.922	2
Infraestructura	0.853	9
Áreas de Apoyo	0.840	4
TODAS	0.951	45

Este análisis muestra que el instrumento aplicado es altamente confiable, pudiéndose considerar que logra medir los aspectos que se propone, al utilizar una metodología adecuada así como la escala de medida.

Para simplificar el análisis y comprensión de los datos se estableció la siguiente escala para aquellas variables que utilizan una escala de 1 a 7 (la mayor parte del instrumento) que se aplica a todos los cálculos:

- Notas 1 a 3,9: satisfacción / evaluación **baja**
- Notas 4 a 5,9: satisfacción / evaluación **media**
- Notas 6 a 7: satisfacción / evaluación **alta**

Se recurre a la presentación gráfica de los datos, según determinadas variables que se consideren relevantes para el caso (grupo etario y previsión). En Anexos se presentan los cuadros con mayor detalle para cada dimensión. Se considera la variable de “previsión” como

²¹⁰ Para este cálculo se consideró la base de datos conjunta del instrumento aplicado a los tres EE, por GSC.

un dato que da cuenta del nivel de ingreso de los encuestados a modo de condición socio-económica. La definición del FONASA para estos 4 Tramos son²¹¹:

FONASA Tramo A: Indigentes o carentes de recursos. Beneficiarios de pensiones asistenciales (D.L. 869/75). Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020). Porcentaje de Copago: 0%.

FONASA Tramo B: No exceda ingreso mínimo mensual. Superior al ingreso mínimo mensual y hasta 1,46 veces dicho monto con 3 o más cargas legales. Porcentaje de Copago: 0%.

FONASA Tramo C: Superior al ingreso mínimo mensual y hasta 1,46 veces dicho monto, siempre que sus cargas legales no excedan de dos. Superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual con 3 o más cargas legales. Porcentaje de Copago: 10%.

FONASA Tramo D: Superior a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual, siempre que sus cargas legales no excedan de dos. Porcentaje de Copago: 20%.

PRAIS: ‘Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud’: personas incluidas según lo estipulado en la Ley N° 19.123²¹², tienen derecho a recibir la atención de salud gratuita en la red pública, indistintamente de su tramo de ingreso o si es afiliado a una ISAPRE.

Los índices que se presentan son el promedio de las preguntas o afirmaciones que se presentan por dimensión, que luego fueron recodificados según la escala arriba expuesta, y tomando cada variable con la misma ponderación, ya que se consideró que cada una de ellas aporta de la misma manera al índice. Por otro lado, se recodificaron una serie de variables que permite simplificar su análisis, al reducirlas en categorías específicas de rangos (como edad, tiempos de espera para obtener la hora y para ser atendidos, cuántas veces ha atendido al centro). Se crearon los siguientes índices para aquellas dimensiones que tenían más de una variable, sin considerar las preguntas resumen (en Anexos se presenta el detalle de las variables consideradas para cada uno):

- Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud
- Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud
- Índice de Satisfacción con el Personal Auxiliar
- Índice de Satisfacción con el Personal Profesional
- Índice de Satisfacción con el Tiempo de Espera
- Índice de Satisfacción con la Infraestructura
- Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo

²¹¹ Extraído de página web de FONASA: <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/asegurados/plan+de+salud/cobertura+plan+de+salud/swfplancoberturas>

²¹² Familiares de víctimas calificadas como detenidos desaparecidos y ejecutados políticos, por violación a los derechos humanos en el periodo 1973 – 1990, reconocidos por los informes de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación y la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación.

Se utilizan los siguientes estadísticos:

- Media aritmética: promedio
- Desviación Típica o Estándar (DT): es una medida de dispersión absoluta respecto a la media aritmética. Esta viene expresada en la misma medida que los datos, lo que facilita su interpretación.

Todos los gráficos y cuadros fueron elaborados por GSC.

3 Análisis Comparativo de los tres Establecimientos Experimentales con muestra de otros establecimientos NO Experimentales

A continuación se realiza el análisis comparativo de los resultados obtenidos de la encuesta realizada por GSC en los tres EE, considerando para ello los índices creados así como las variables individuales en caso que corresponda. Estos resultados serán también comparados con el estudio de “Medición Nacional de Satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile. Aplicación 2009. Atención Ambulatoria”, realizado por el MINSAL (a continuación “Estudio MINSAL”)²¹³, en que se consideraron y extrajeron como muestra los siguientes establecimientos como comparables con los EE:

²¹³ La Base de Datos recibida de parte del MINSAL a principios de Noviembre 2011 contaba con un total de 11.627 casos para la Atención Ambulatoria que incluía 24 SS a nivel nacional.

Cuadro N° 80
Hospitales según Servicio de Salud, estudio “Medición Nacional de Satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile. Aplicación 2009”. Muestra para comparación.

		Servicio de Salud				Total
		METROPOLITANO OCCIDENTE (SSMOcc)	METROPOLITANO CENTRAL (SSMC)	METROPOLITANO ORIENTE (SSMO)	ARAUCANIA SUR (SSAS)	
INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA	Recuento			24		24
	% dentro de SS			9,6%		1,9%
HOSPITAL SALVADOR	Recuento			226		226
	% dentro de SS			90,4%		18,0%
HOSPITAL SAN JOSE DE MELIPILLA	Recuento	55				55
	% dentro de SS	26,7%				4,4%
HOSPITAL FELIX BULNES	Recuento	151				151
	% dentro de SS	73,3%				12,0%
HERNAN HENRIQUEZ, TEMUCO ²¹⁴	Recuento				402	402
	% dentro de SS				100,0%	31,9%
HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN	Recuento		401			401
	% dentro de SS		100,0%			31,9%
Total	Recuento	206	401	250	402	1259
	% dentro de SS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Durante el análisis se hará referencia a los SS y no a los hospitales o establecimientos en específico para simplificar su comprensión. Sin embargo es importante considerar que la muestra seleccionada para cada SS no es representativa del mismo. Aquellas variables donde no se presente la comparación con el estudio MINSAL, significa que no había esa variable en el estudio MINSAL.

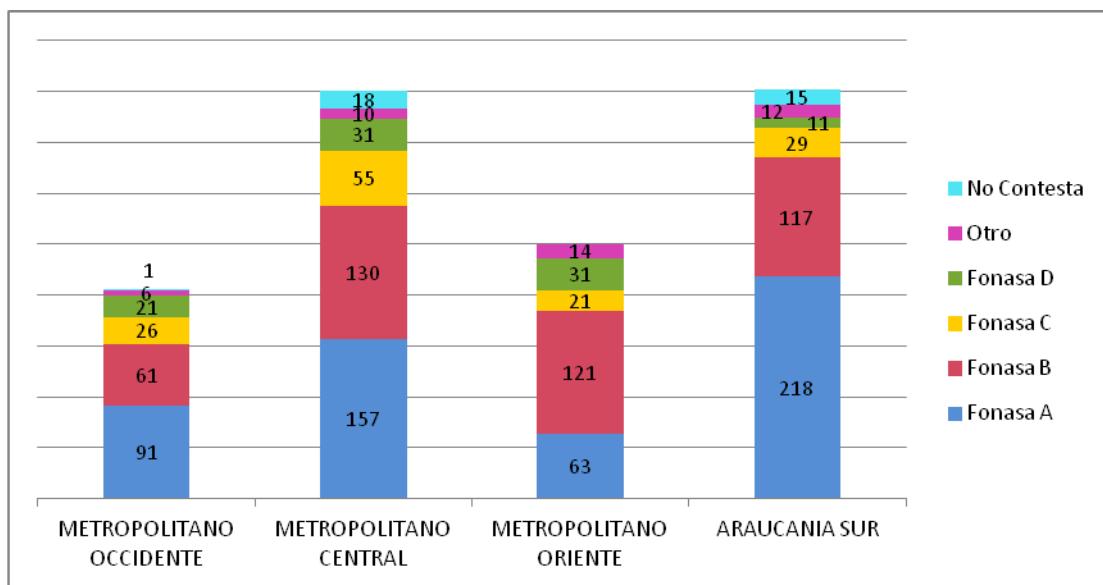
El análisis comparativo que se realiza a continuación muestra el porcentaje total de satisfacción para los cuatro SS incluidos en la muestra del Estudio MINSAL, con lo que es importante recordar que dentro de esta muestra hay diferencias considerables en muchos casos. En Anexos se incorporan los cuadros que dan cuenta de estas diferencias y se hará referencia a ellas cuando se considere relevante.

²¹⁴ Se consideró este Hospital por ser uno de los que se está utilizando como comparación con los EE.

3.1 Descripción de la Muestra

3.1.1 “Medición Nacional de Satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile. Aplicación 2009. Atención Ambulatoria”

Gráfico N° 107
Número de encuestados según SS y previsión. Estudio MINSAL NO EE



La muestra seleccionada del Estudio MINSAL incluye un total de 1.259 casos, de los cuales el 70,8% es mujer y el 29,2% es hombre. De ellos un 10,4% se identifica con el Pueblo Mapuche y un 0,5% con otro pueblo originario. En total, un 42% pertenece al Tramo FONASA A, un 34,1% al B, un 10,4% al C, 7,5% al D, 3,3% a otro y un 2,7% no contesta. La composición de la muestra según SS y Centro de Atención es expuesta en el cuadro N°85. En el cuadro siguiente se presenta la distribución de los encuestados según SS y grupo etario.

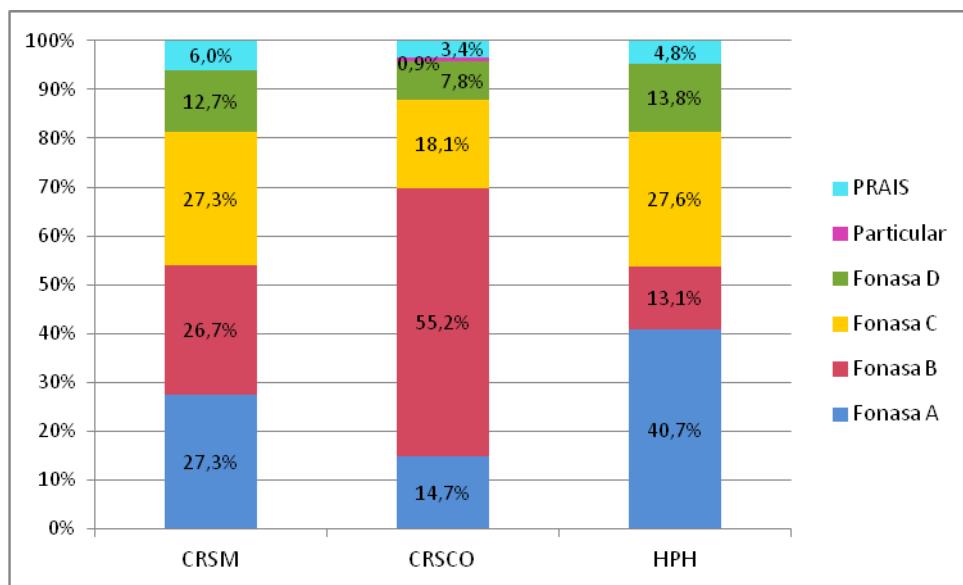
Cuadro N° 81
Porcentaje de encuestados según rango etario y SS. Estudio MINSAL NO EE

	Servicio de Salud				Total
	SSMOcc	SSMC	SSMO	SSAS	
Menor de 18 años	1,0%	2,8%	5,6%	10,0%	5,3%
Entre 19 y 30 años	17,2%	18,8%	6,8%	15,4%	15,1%
Entre 31 y 45 años	29,4%	33,3%	21,2%	27,2%	28,3%
Entre 46 y 60 años	31,9%	24,8%	25,6%	28,0%	27,1%
Mayor de 61 años	20,6%	20,3%	40,8%	19,3%	24,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.1.2 Encuesta Usuario Externo: Establecimientos Experimentales. GSC 2011

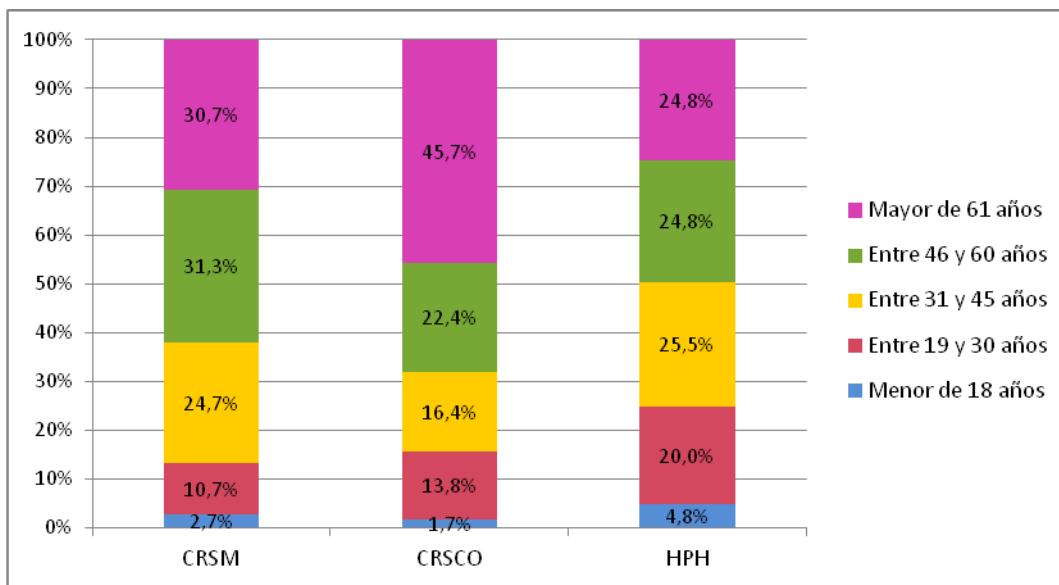
En total, en los EE, se encuestó a un total de 411 personas: 150 en el CRSM, 116 en el CRSCO y 145 en el HPH. En Anexos se presenta el detalle del método de muestreo que se utilizó para determinar la muestra en cada EE.

Gráfico N° 108
Encuestados según previsión. EE



Como se describirá para cada EE, sobre el 50% de la muestra corresponde al Tramo FONASA A y B, es decir, la población beneficiaria de FONASA más pobre.

Gráfico N° 109
Encuestados según grupo etario. EE.



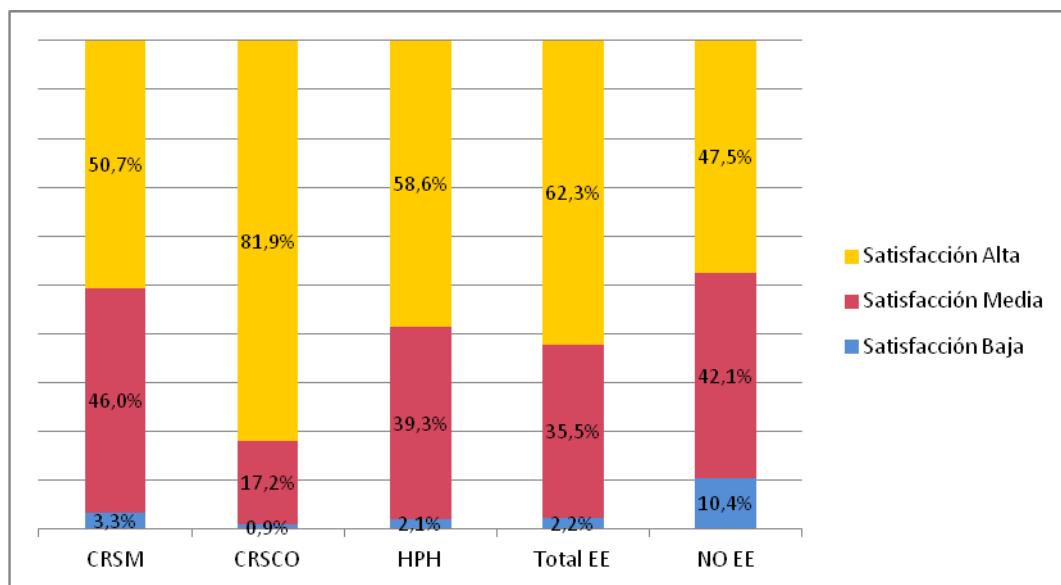
La distribución de la población según edad es diferente en cada uno de los EE, siendo que en cada uno se da cuenta de la diversidad de personas que asisten a los Centros de Salud. Es importante considerar que sólo se encuestaron personas mayores de 15 años que eran pacientes que ya habían sido atendidos (el 98,1% de los casos) o acompañantes de menores de 15 años (1,9%). En los tres casos, sobre el 50% de la muestra corresponde a personas mayores de 46 años.

3.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Gráfico N° 110

“Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.”

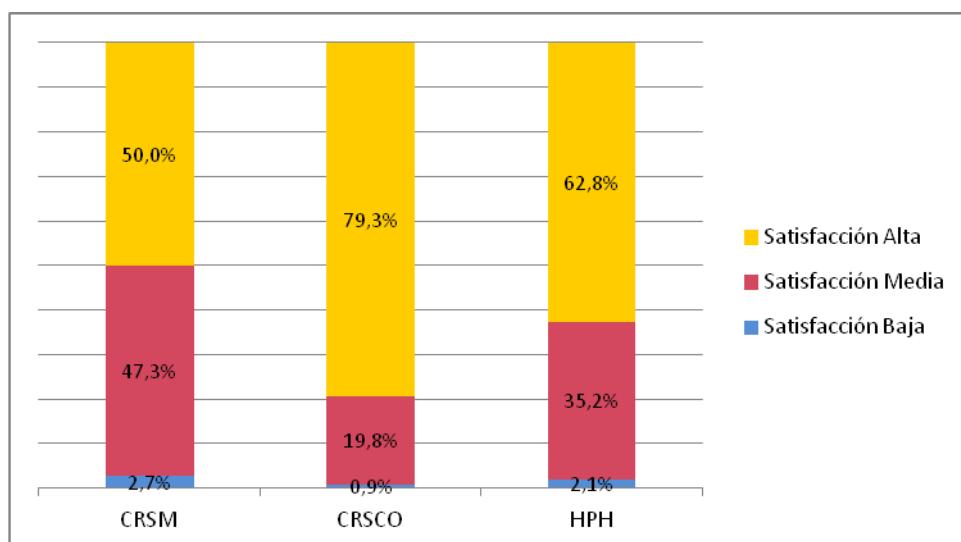
Comparación EE – NO EE



La satisfacción con el servicio que presta el sistema de salud en general muestra una alta satisfacción en los tres EE, superando el 50% en todos. Dentro de los NO EE, se observan diferencias significativas que esconde el total, siendo que, por ejemplo, el SSMC tiene un 37,4% de satisfacción alta, mientras que el SSMO tiene un 57,6%. Destaca el alto porcentaje de satisfacción alta del CRSCO, con un porcentaje mínimo de satisfacción baja.

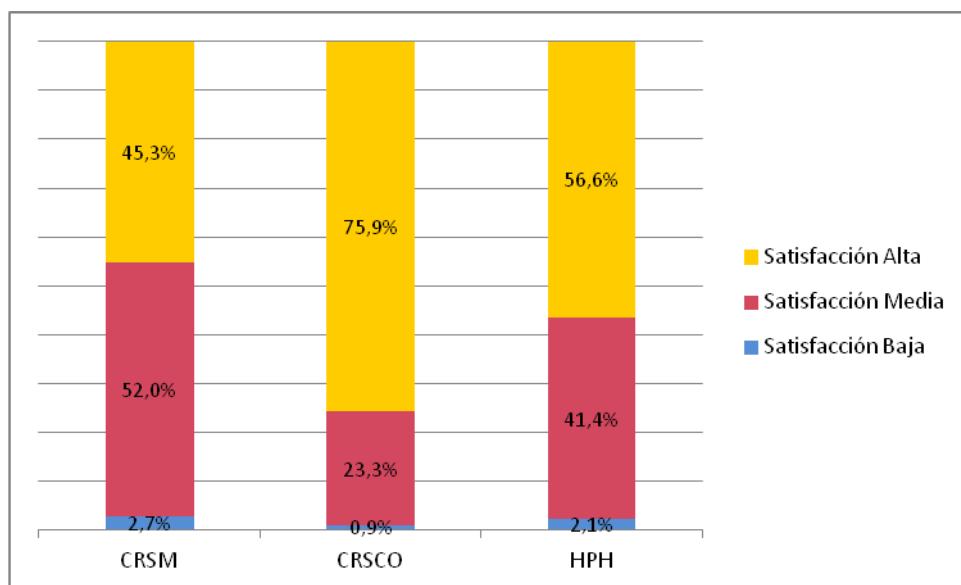
Gráfico N° 111

“Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?”. Comparación entre EE



Al considerar la inversión que las personas han hecho, en tiempo o dinero, se observa para los EE que la satisfacción se mantiene alta, siendo el CRSCO aquel con mayor porcentaje de satisfacción alta y el CRSM con el menor. Esta variable no se encontraba en la muestra del Estudio MINSAL.

**Gráfico N° 112
Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud. Comparación EE**



Al analizar el índice realizado para los EE, promediando ambas variables, en cuanto a la satisfacción con el sistema de Salud, que considera las dos preguntas antes expuestas, se observan resultados similares a los descritos anteriormente.

3.3 Imagen del Sistema de Salud

En este aspecto se considera que la imagen del Sistema de Salud se construye, para cada persona, en una relación en donde cada establecimiento que compone la Red, y a la cual el encuestado ha tenido acceso, forma y afecta la imagen que se forma. El cuadro siguiente muestra los estadísticos resumen para las distintas variables de esta dimensión, comparando los tres EE.

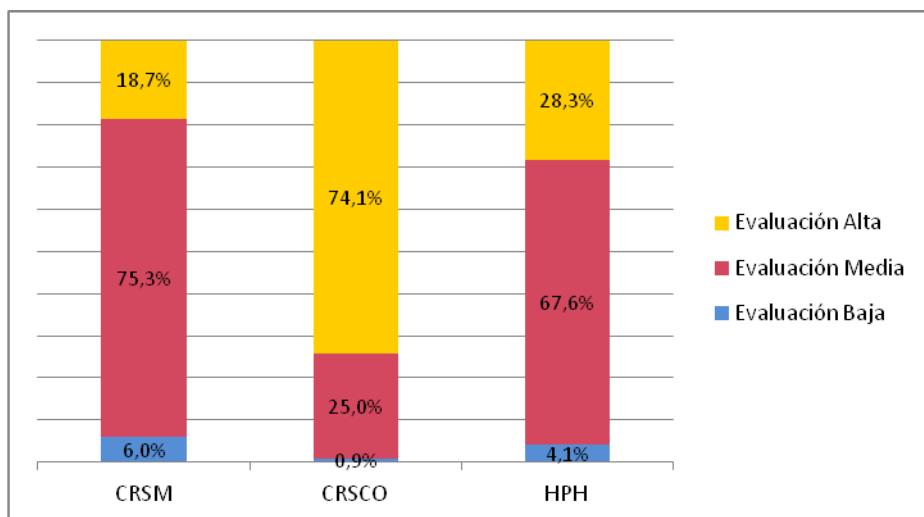
Cuadro N° 82
Estadísticos Resumen: Imagen del Sistema de Salud. Comparación entre EE

	CRSM		CRSCO		HPH	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
El Sistema de Salud Es moderno	5,40	,869	6,64	,745	5,76	,881
El Sistema de Salud Brinda seguridad	5,36	1,064	6,63	,900	5,84	,940
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido	4,38	1,241	5,13	1,886	4,59	1,170
El Sistema de Salud Es eficiente	5,04	1,048	6,03	1,309	5,48	,921
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología	5,50	,821	6,75	,737	5,86	,770
El Sistema de Salud Es confiable	5,37	1,019	6,72	,732	5,75	,924
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada	5,50	,861	6,66	,899	5,80	,805
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos	5,26	1,121	6,03	1,292	5,58	1,116
El Sistema de Salud Llega a todas las personas	5,05	1,410	5,47	1,556	5,05	1,485
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad	5,30	1,136	6,56	1,041	5,72	,949

El cuadro precedente muestra el promedio para cada uno de los aspectos indagados sobre la imagen del Sistema de Salud en general. En él se puede apreciar que para cada variable analizada, las diferencias entre los establecimientos son más o menos significativas, resaltando que en general, el aspecto con menor nota es la rapidez del sistema, siendo más notorio en el CRSM y en el HPH que en el CRSCO. Otro aspecto con promedio bajo es la eficiencia del sistema en el CRSM. Es importante considerar que para estas preguntas se le

pide al encuestado de considerar el Sistema de Salud en su conjunto y no sólo el establecimiento en el que se encuentra; así, el análisis de estos datos debe ser considerando la red en la que están insertos los EE. En esta dimensión no se presentan los resultados del Estudio MINSAL por no contar con estas variables.

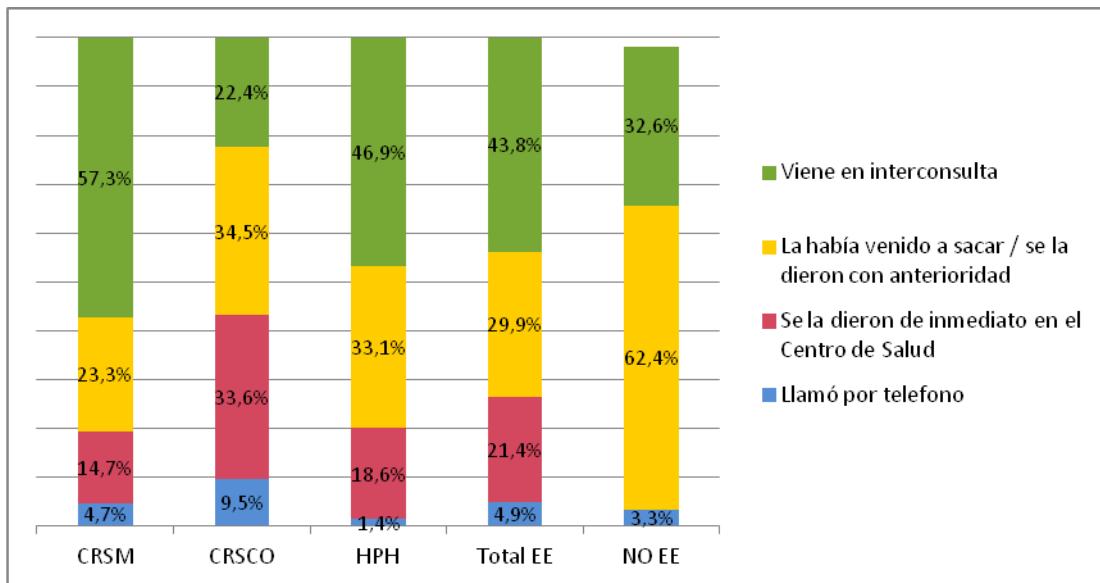
Gráfico N° 113
“Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud”. Comparación EE.



El índice de evaluación realizado con las variables antes expuestas muestra diferencias entre los tres EE, principalmente en relación al CRSCO que muestra un alto porcentaje de satisfacción alta. Para los tres EE, el porcentaje de evaluación baja es significativamente bajo.

3.4 Pre - Atención

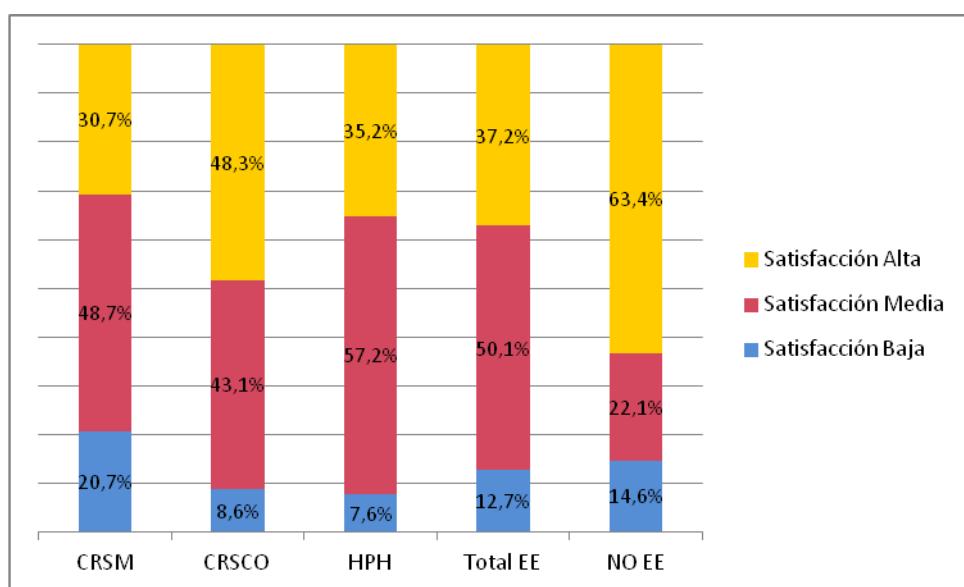
Gráfico N° 114
“¿Cómo obtuvo la hora para que lo/a atendieran hoy?”. Comparación EE – NO EE



La mayor cantidad de encuestados viene por interconsulta o ha ido al centro a sacar la hora con anterioridad. Sorprende el bajo porcentaje de personas que llama por teléfono para solicitar la hora, por lo que se considera importante indagar más en este aspecto y las razones detrás de estos resultados.

Gráfico N° 115

“¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?”. Comparación EE – NO EE



El gráfico precedente, analizado en conjunto con el cuadro que sigue, da resultados sorprendentes, en cuanto a la alta satisfacción que presenta la muestra NO EE, siendo que esperan en promedio 83,74 días, mientras que en los EE, este promedio va de 39,05 en el CRSCO con un mínimo de 5 días (siendo que es el EE que presenta mayor porcentaje de satisfacción alta), 41,54 en el HPH con un mínimo de 3 días y 61,57 en el CRSM con un mínimo de 2 días.

En este aspecto es importante mencionar las diferencias que se encuentran dentro de la muestra del Estudio MINSAL, siendo que, por ejemplo, el SSMC (al que pertenece el CRSM) tiene un 49,1% de satisfacción alta y un 20% de satisfacción baja; mientras que, por ejemplo, el SSAS, presenta un 71,4% de satisfacción alta y un 10,6% de satisfacción baja y el SSMO (al que pertenece el CRSCO) un 70,4% de satisfacción alta y un 12,1% de baja.

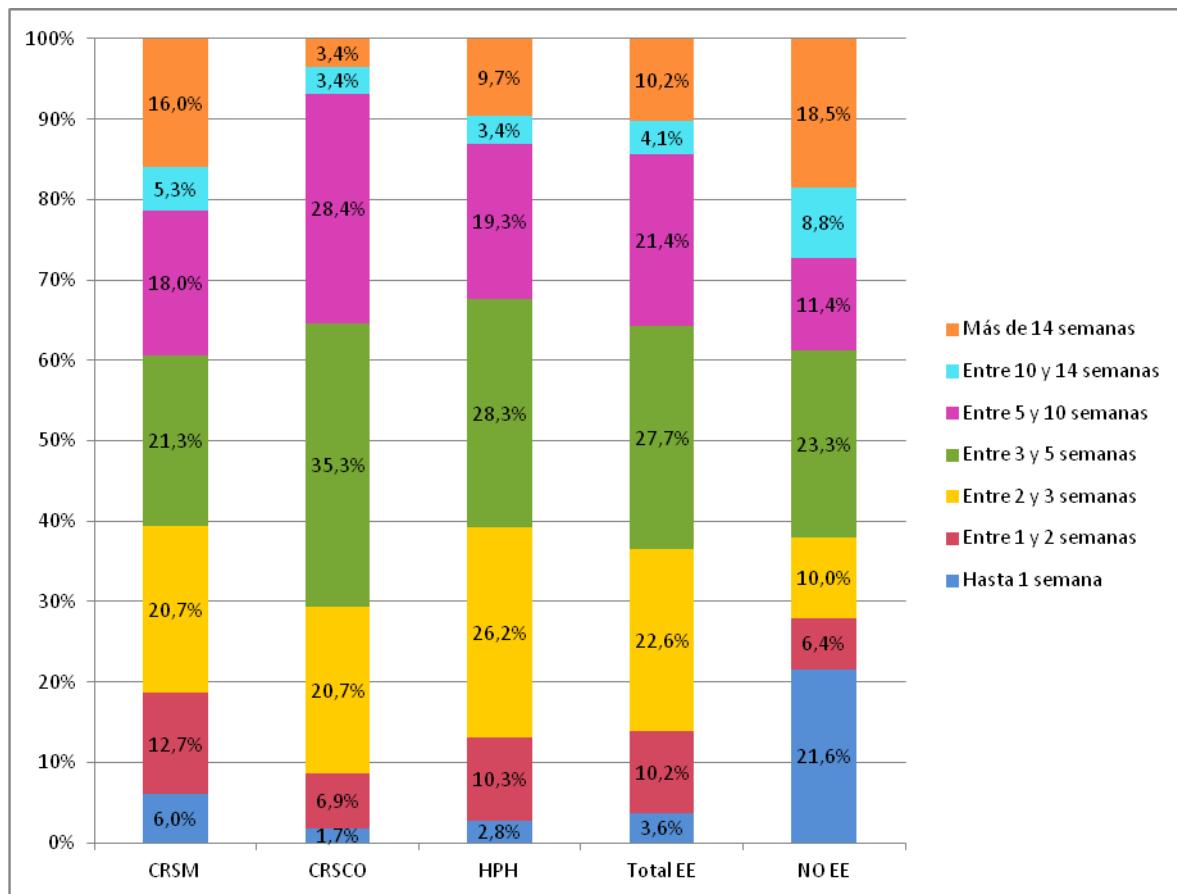
Esto se puede deber a que ante una experiencia en general positiva con los EE, como se verá en el informe presente, las personas esperan más, es decir, sus expectativas son más altas que para el resto de los Establecimientos de salud, por lo que las calificaciones son más críticas. Este tema se puede observar también en el tiempo que las personas esperan para ser atendidos, analizado más adelante.

Cuadro N° 83
“¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)? (en días)”. Comparación EE – NO EE

		CRSM	CRSCO	HPH	NO EE
N	Válidos	150	116	145	1207
	Perdidos	0	0	0	52
Media		61,57	39,05	41,54	83,74
Moda		30	30	30	30
DT		100,106	40,273	45,691	198,272
Mínimo		2	5	3	1
Máximo		720	360	365	4500

El grafico siguiente muestra el detalle de esta variable en los EE y NO EE.

Gráfico N° 116
“¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)? (en días)”. Comparación EE – NO EE



En el gráfico es posible observar que en los tres EE, así como en el Estudio MINSAL, sobre el 60% de los encuestados espera hasta 5 semanas. En los NO EE, la espera sobre las 10 semanas alcanza al 27,3%, siendo que en los EE, este porcentaje alcanza un 14,3%.

3.5 Atención

3.5.1 Personal Auxiliar

A continuación se presenta el cuadro de estadísticos resumen para la dimensión de satisfacción con el personal auxiliar, y luego se analiza cada variable por separado, comparando los EE con los NO EE.

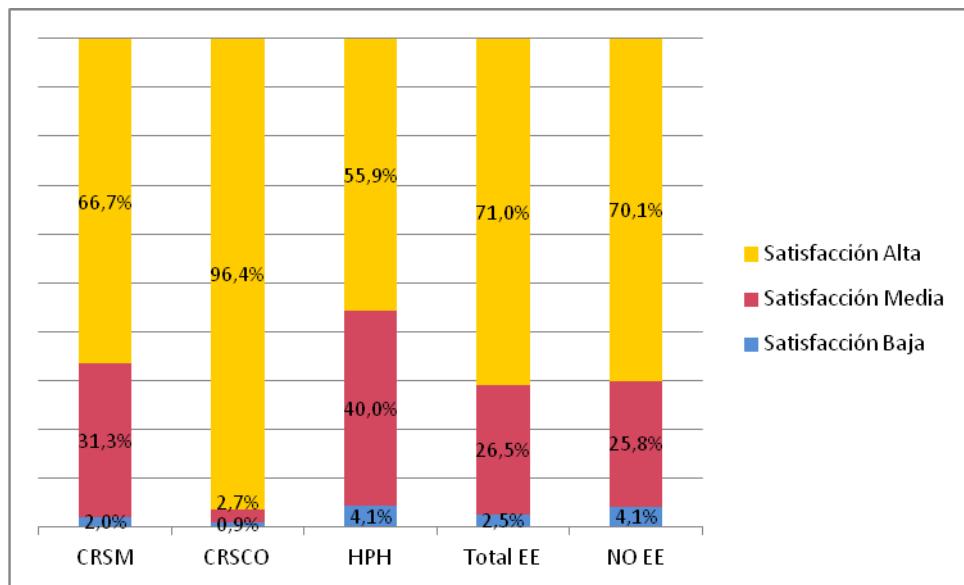
Cuadro N° 84

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar y pregunta resumen

	CRSM		CRSCO		HPH		NO EE	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo	5,39	1,014	6,74	,677	5,51	,869	5,76	1,351
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar	6,02	,979	6,71	,666	5,74	1,213	6,12	1,236
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)	5,97	,999	6,74	,628	5,65	1,205	6,03	1,323
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)	5,89	1,017	6,68	,857	5,57	1,295	5,92	1,426
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)	5,79	1,149	6,72	,768	5,53	1,297	s/d	s/d
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?	5,81	1,052	6,71	,636	5,61	1,191	5,96	1,166

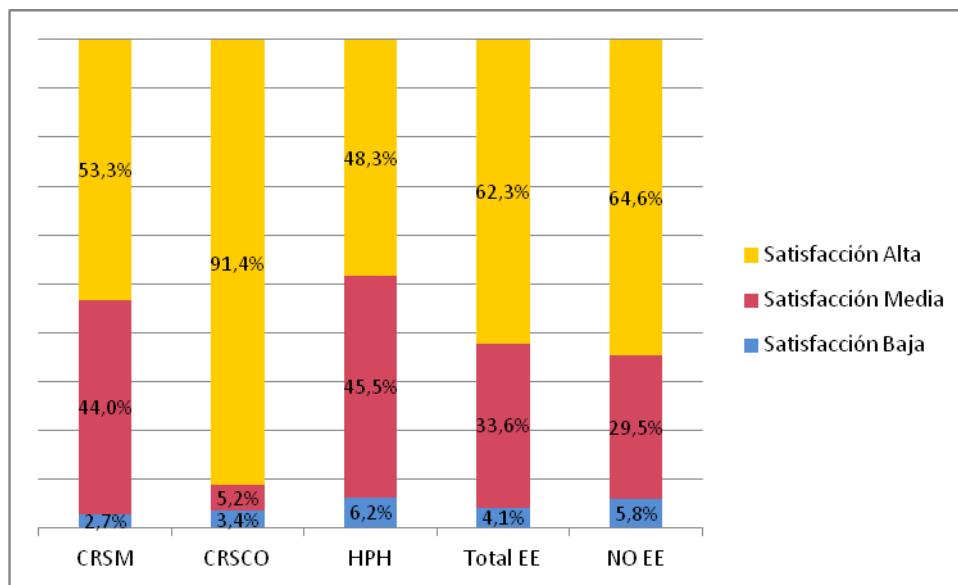
Al analizar los porcentajes de satisfacción (se puede ver en detalle en Anexos), y como se aprecia en el cuadro precedente, el CRSCO es el que tiene mayor porcentaje de satisfacción alta, superando el 90% en todas las variables. Por otro lado, se observa que la satisfacción alta total para los NO EE es muy cercana, en todos los casos, a aquella de los EE. Así, el promedio general para estas 5 afirmaciones (4 en el caso de los NO EE) es de 5,81 para el CRSM, 6,72 para el CRSCO, 5,60 para el HPH y de 5,96 para los NO EE. Destaca también el bajo porcentaje de satisfacción baja para todas las variables presentadas.

Gráfico N° 117
“Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?”. Comparación EE – NO EE



La pregunta resumen presenta resultados muy similares a las anteriores, siendo que el promedio se mantiene igual que el promedio de las variables anteriores, lo que indicaría una congruencia entre las respuestas dadas a los aspectos específicos y la percepción del ‘todo’ que tienen las personas.

Gráfico N° 118
Índice de Satisfacción: Personal Auxiliar. Comparación EE – NO EE²¹⁵



Por último, el índice realizado a partir de las variables expuestas muestra un alto porcentaje de satisfacción alta, tanto para los EE, como para los NO EE. Sin embargo es importante mencionar las diferencias existentes dentro de los NO EE, en cuanto la satisfacción alta en el SSMC alcanza sólo un 46,2% y la satisfacción baja un 6,6% (menor satisfacción que en el CRSM); mientras que en el SSMO la satisfacción alta alcanza un 75,3% y la baja un 6,8% (menor satisfacción que en el CRSCO). Más detalles en Anexos.

²¹⁵ No se consideró la variable “La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)” en el caso de los NO EE, por no encontrarse en la base de datos.

3.5.2 Personal Profesional

Cuadro N° 85

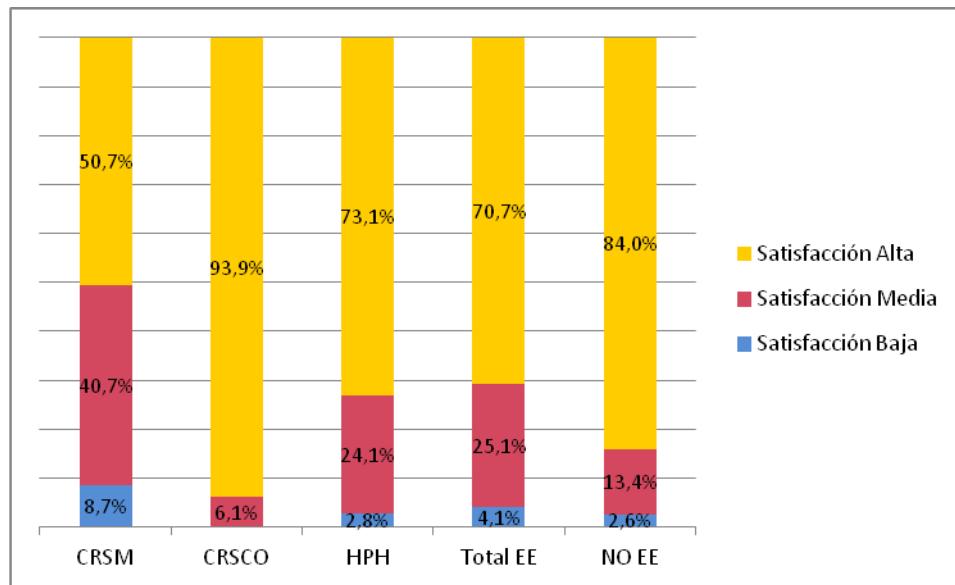
Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Personal Profesional y pregunta resumen.
Comparación EE – NO EE

	CRSM		CRSCO		HPH		NO EE	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo	4,77	1,475	5,79	1,207	5,29	1,125	5,79	1,474
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)	5,47	1,446	6,93	,342	6,06	1,085	6,29	1,204
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)	5,56	1,347	6,92	,299	6,23	,998	6,48	1,066
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)	5,46	1,459	6,81	,631	6,11	1,094	6,39	1,071
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)	5,41	1,493	6,83	,498	6,05	1,108	6,34	1,164
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)	5,38	1,446	6,84	,486	5,90	1,159	6,31	1,175
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)	5,03	1,584	6,21	1,146	5,68	1,374	6,22	1,299
La confianza que le generó (del personal profesional)	5,41	1,406	6,84	,436	6,03	1,067	6,36	1,256
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?	5,38	1,324	6,63	,599	5,99	1,077	6,34	1,058

En el cuadro precedente se puede observar que el aspecto evaluado con menor nota es la cantidad de personal profesional disponible para atender, con una media entre los EE de 5,28, siendo inferior a la media de los NO EE (5,79). Dentro de los NO EE, se observan diferencias, ya que el SSMC tiene un 53,9% de satisfacción alta, mientras el SSMO tiene una de 79,7% (con un promedio para los NO EE de 67% de satisfacción alta). Por otro lado, el aspecto mejor evaluado es la amabilidad y cortesía del personal profesional, con un

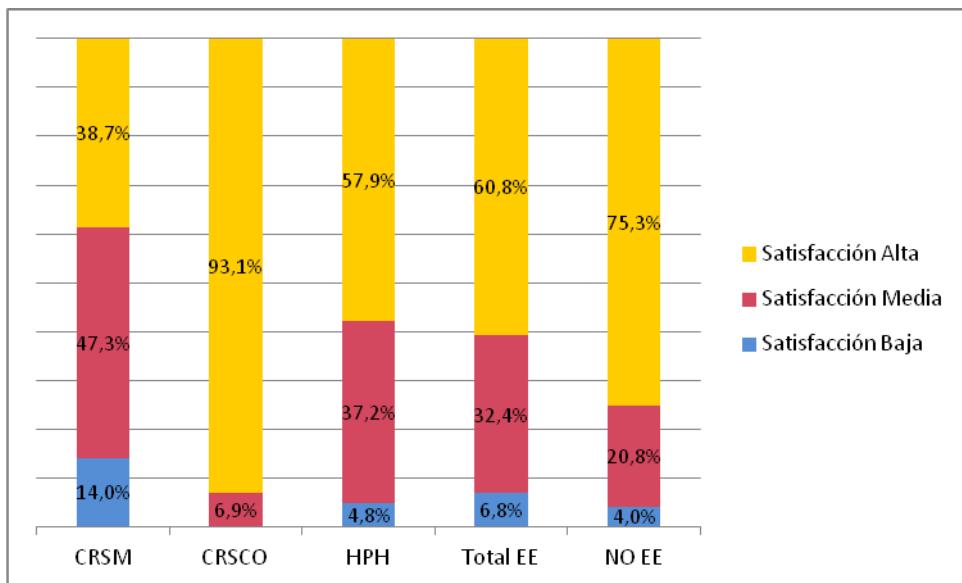
promedio entre los EE de 6,24 y de 6,48 en los NO EE, donde no se aprecian grandes diferencias entre los SS.

Gráfico N° 119
“Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?”. Comparación EE – NO EE



En el gráfico se observa el porcentaje de satisfacción, para los EE, su total y los NO EE, donde se puede apreciar que hay un alto nivel de satisfacción principalmente en el CRS CO y en los NO EE (siendo mayor el porcentaje de satisfacción alta en el SSMO (89,2%) que en el SSMC (77,5%)).

Gráfico N° 120
Índice de Satisfacción: Personal Profesional

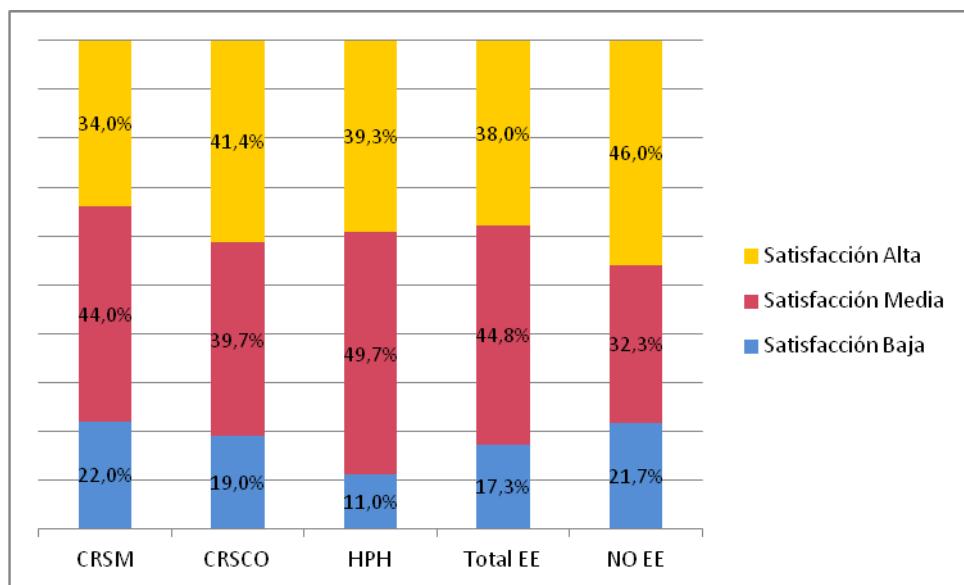


Al calcular el índice con las variables antes expuestas, sin considerar la pregunta resumen, se puede observar que para todos el porcentaje de satisfacción alta disminuye de manera significativa (exceptuando el CRS CO) y aumentan las notas medias. El CRSM es el que presenta mayor porcentaje de satisfacción media y de satisfacción baja (proviniendo la satisfacción baja de los Tramos A y B de FONASA, y de aquellos mayores de 46 años principalmente).

3.5.3 Tiempo de Espera

Gráfico N° 121

“El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria”. Comparación EE – NO EE



El tiempo de espera para ser atendido desde que es derivado de la APS tiene un bajo porcentaje de satisfacción alta, siendo ésta mayor en los NO EE, que en los EE; observándose también un alto porcentaje de satisfacción baja.

Cuadro N° 86

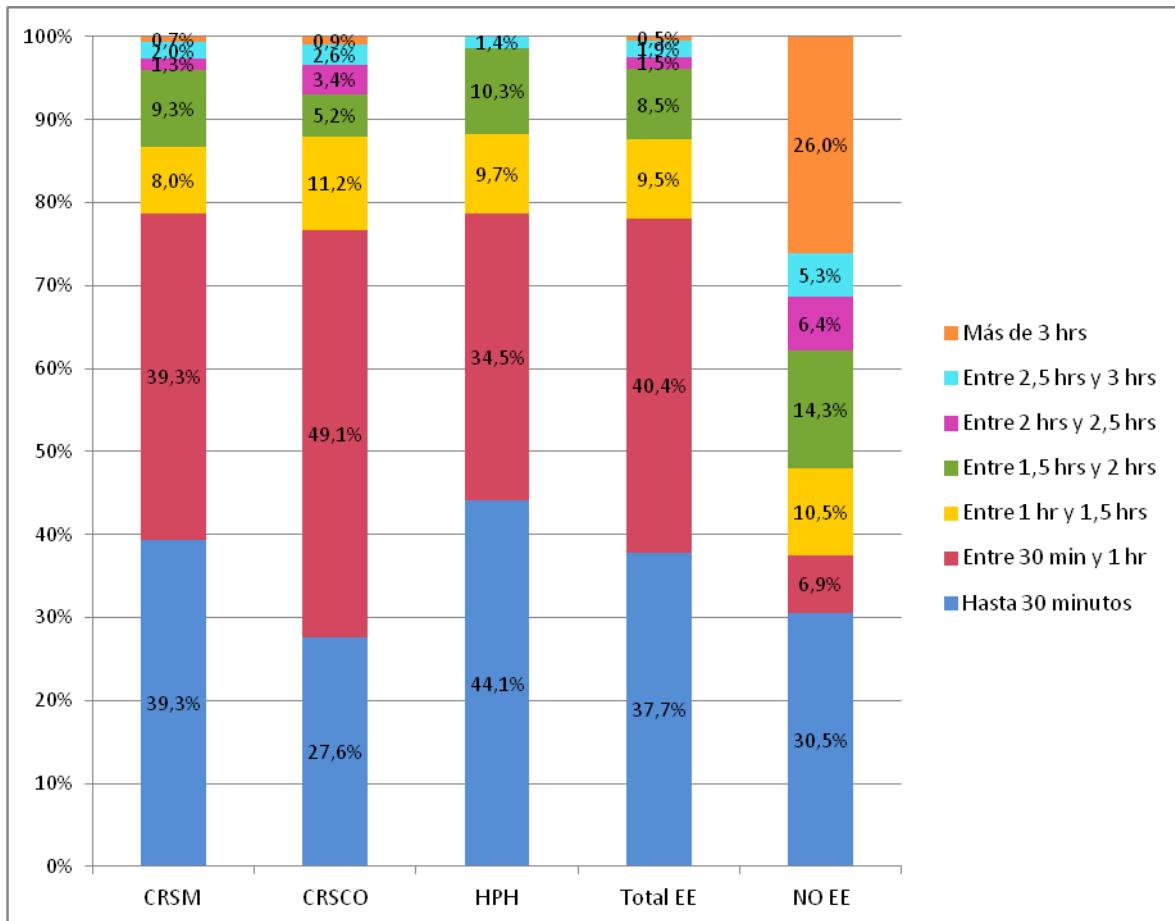
Estadísticos resumen para “¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación? (en minutos)”. Comparación EE – NO EE

	CRSM	CRSCO	HPH	NO EE ²¹⁶
Media	52	57,2	49,6	135
DT	39,647	38,348	35,928	130,927

El cuadro precedente y el gráfico que sigue muestra cuánto tiempo esperaron los encuestados desde la hora de citación hasta que lo atendieran, notándose diferencias considerables entre los EE y los NO EE, siendo que el segundo casi triplica el tiempo de los EE en minutos.

²¹⁶ Para el cálculo de estos datos se eliminaron los datos aberrantes de la base del MINSAL.

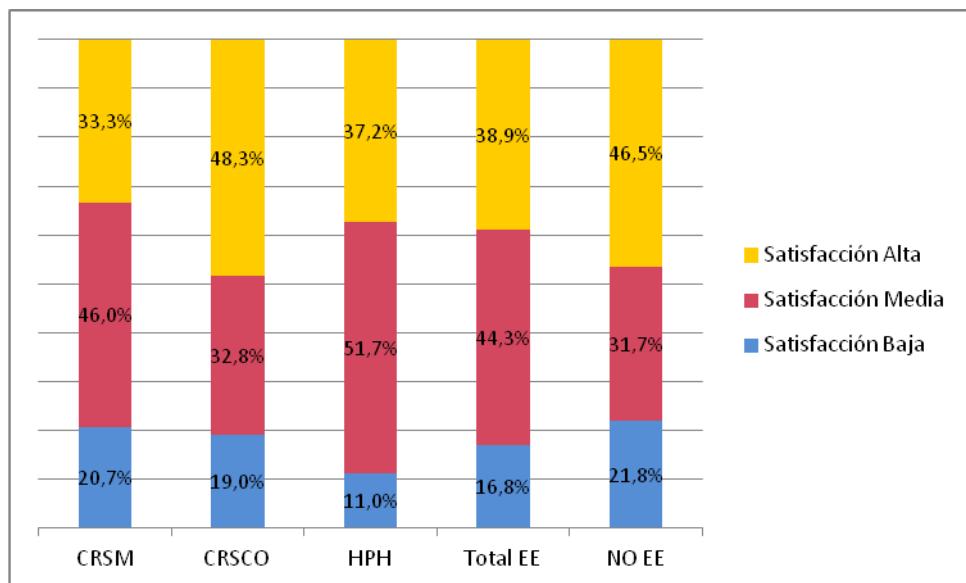
Gráfico N° 122
“¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación? (en minutos)”. Comparación EE – NO EE



El gráfico da cuenta de estas diferencias en los tiempos de espera para los EE y los NO EE. En el caso de los EE, hasta un 78,1% en promedio, esperan hasta una hora; mientras que este porcentaje en los NO EE, no alcanza el 40%, siendo que el 26% de ellos espera sobre 3 horas, que en los EE no alcanza a ser el 1%. El tiempo de espera en los NO EE, en más de 3 horas por ejemplo, muestra diferencias según SS: el SSMC tiene un 37,3% en esta categoría, el SSMOCC un 15,2%, el SSAS un 25,4% y el SSMO un 17,7%.

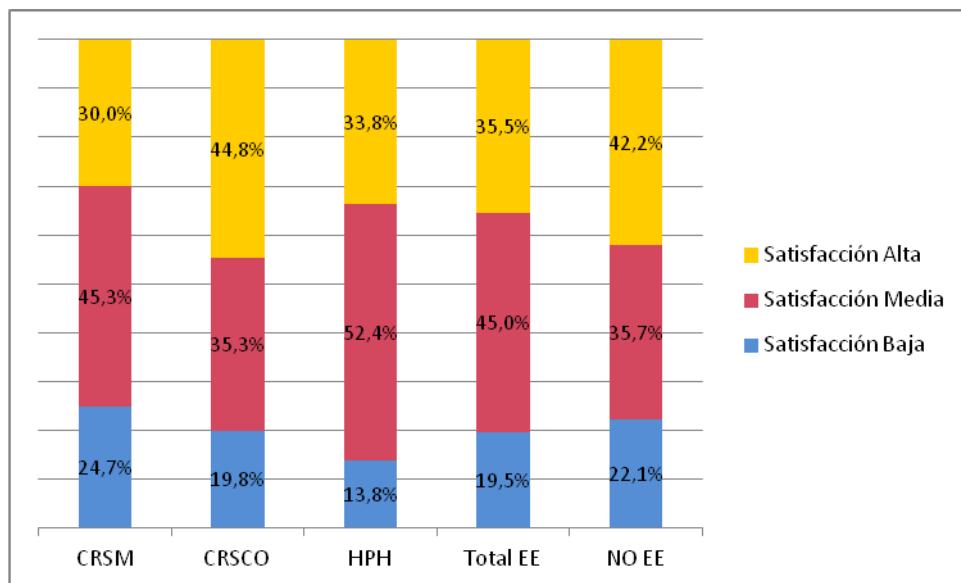
Gráfico N° 123

Satisfacción con: “El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran”. Comparación EE – NO EE



Al preguntar sobre que nota le ponen a la satisfacción en cuanto al tiempo que tuvo que esperar, sorprende el resultado, siendo que en los NO EE, la satisfacción es mayor que en los EE, siendo que, como se mostró anteriormente, se espera mucho más en los NO EE (llegando casi a triplicar la espera en los EE). Dentro de los NO EE, se observan también diferencias significativas en cuanto a la satisfacción, siendo que el SSMO tiene un 62,7% de satisfacción alta y el SSMC sólo un 22,6% (con un 34,6% de satisfacción baja), y el SSMOcc tiene un 59% de satisfacción alta.

Gráfico N° 124
Índice de Satisfacción: Tiempo de Espera. Comparación EE – NO EE



El índice realizado muestra resultados similares a la pregunta anterior, aunque con porcentajes de satisfacción alta un poco inferiores. Se observa que en este también la satisfacción alta es mayor en los NO EE, que en el total de los EE. Esto puede deberse a una mayor expectativa de las personas con los EE, donde se les exige más y por ende, se califica con nota inferior cuando la satisfacción no es la esperada. Y en los NO EE, en vista de las mejoras que ha habido en los últimos 15 años, se evalúan con notas superiores, aunque la espera sigue siendo muy grande. Se observan diferencias significativas en este índice para los NO EE, especialmente entre el SSMC (que tiene sólo un 19,3% de satisfacción alta) y el resto de los SS, que van desde un 49,1% en el SSAS, un 55,2% en el SSMO y un 57,3% en el SSMOcc.

3.6 Infraestructura

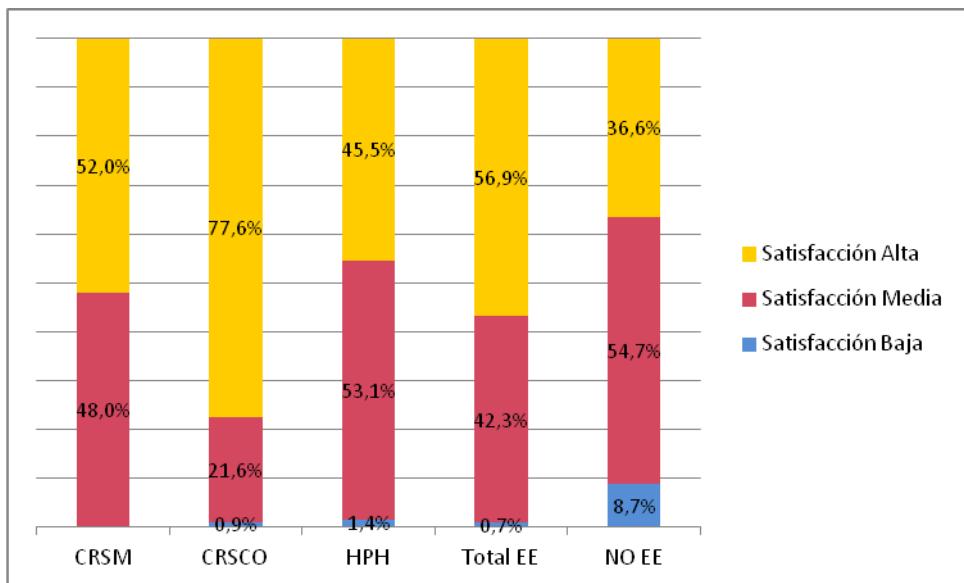
Para indagar en la percepción de las personas se pidió evaluar, con nota de 1 a 7, distintos aspectos de ella. En el cuadro siguiente se muestra los promedios y la DT para cada una de ellas, tanto para los EE como para los NO EE.

Cuadro N° 87
Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Infraestructura y Pregunta Resumen.
Comparación EE – NO EE

	CRSM		CRSCO		HPH		NO EE	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención	6,28	,745	6,43	1,099	6,77	,472	5,99	1,250
Infraestructura: La comodidad de la sala de espera	5,84	1,100	5,94	1,196	5,67	1,185	5,65	1,389
Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a	6,17	,806	6,72	,695	6,54	,646	6,16	1,217
Infraestructura: La limpieza general del establecimiento	5,95	,914	6,49	,850	5,93	1,075	5,80	1,307
Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera	5,69	1,120	6,06	1,211	5,12	1,330	5,39	1,507
Infraestructura: La temperatura de las salas	6,03	,777	6,76	,599	6,37	,842	5,83	1,398
Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles	5,51	1,027	6,06	1,352	5,05	1,447	4,07	1,722
Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera	6,11	,879	5,67	1,425	4,12	1,734	4,78	1,757
Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?	5,87	,759	6,22	,803	5,58	,940	5,36	1,294

Para todas las variables, los EE muestran un promedio superior a los NO EE (exceptuando la presencia de TV... que en el HPH es menor). Es importante considerar que los EE son establecimientos de construcción reciente, no así los NO EE, lo que tiene evidentemente un impacto. La pregunta resumen da cuenta de una alta satisfacción con respecto a la infraestructura, superior al 60% en los EE y de 49,5% para los NO EE, siendo mínimo el porcentaje de satisfacción baja.

Gráfico N° 125
Índice de Satisfacción: Infraestructura. Comparación EE – NO EE



El índice de satisfacción con la infraestructura, realizado a partir de los promedios de las variables, sin considerar la pregunta resumen, muestra las diferencias, tanto entre EE como en relación a los NO EE. Así, el promedio para el CRS M es de 5,95 (con una DT promedio de 0,92), CRS CO: 6,27 (DT: 1,05), HPH: 5,69 (DT: 1,09) y los NO EE un promedio de 5,46 (DT de 1,44; la más alta para esta dimensión, indicando la variabilidad de las respuestas dentro la muestra).

3.7 Áreas de Apoyo

Para indagar en las áreas de apoyo se preguntó por la satisfacción en cuanto a la atención telefónica, al SOME (Servicio de Orientación Médica y Estadística) y OIRS (Oficina de Informaciones Reclamos y sugerencias) y una pregunta resumen. En el cuadro siguiente se muestra la media y la DT para cada una de las variables que conforman el Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo y la pregunta resumen.

Cuadro N° 88
Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo y pregunta resumen

	CRSM		CRSCO		HPH		NO EE	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora	5,92	1,381	4,51	2,048	4,42	1,562	3,84	2,333
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME	5,84	1,018	6,22	1,031	5,93	1,008	5,48	1,642
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS	6,11	1,115	6,42	,834	5,98	1,067	5,14	1,670
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?	5,89	1,014	6,29	,942	5,95	1,013	5,71	1,452

En el cuadro se observa que para los NO EE, la DT es alta, lo que indica una amplia variabilidad en los datos. La atención telefónica es la evaluada con notas menores en el CRSCO, el HPH y los NO EE, y tanto el SOME como el OIRS tienen una evaluación positiva. En los gráficos siguientes se puede apreciar las diferencias de satisfacción, para cada variable, en los EE y los NO EE a modo comparativo.

Gráfico N° 126
“Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora”. Comparación EE – NO EE

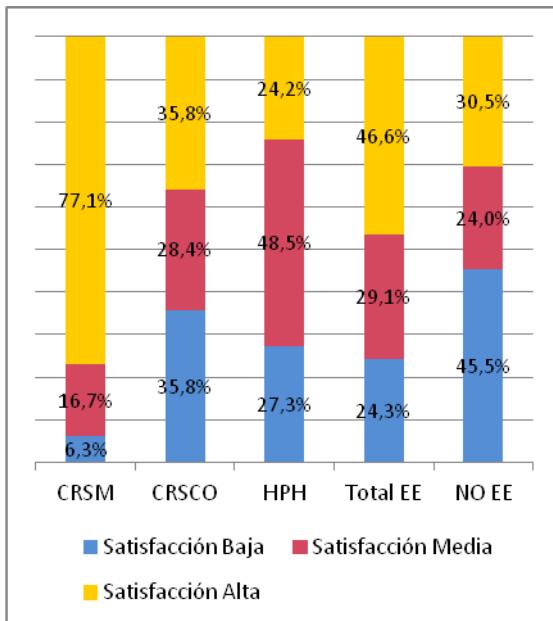


Gráfico N° 127
“Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME”. Comparación EE – NO EE

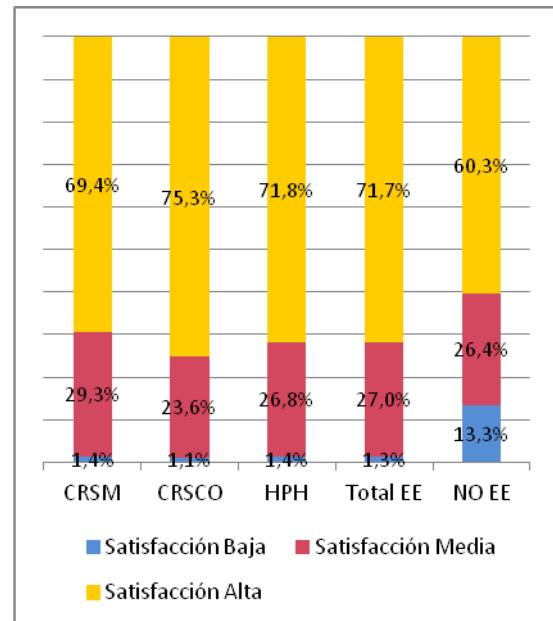


Gráfico N° 128
“Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS”. Comparación EE – NO EE

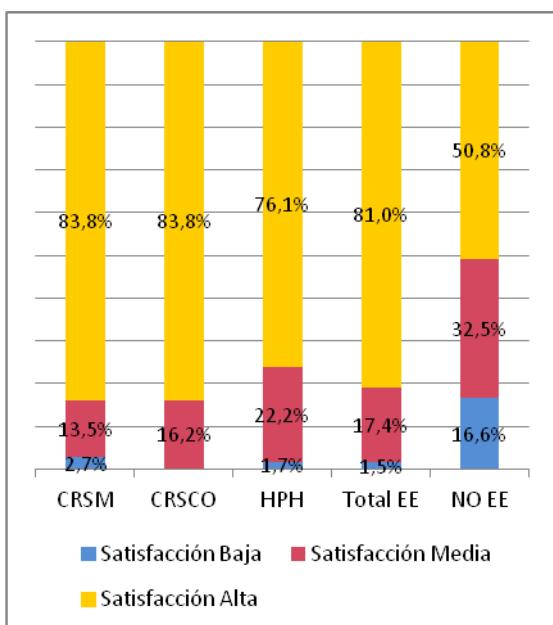
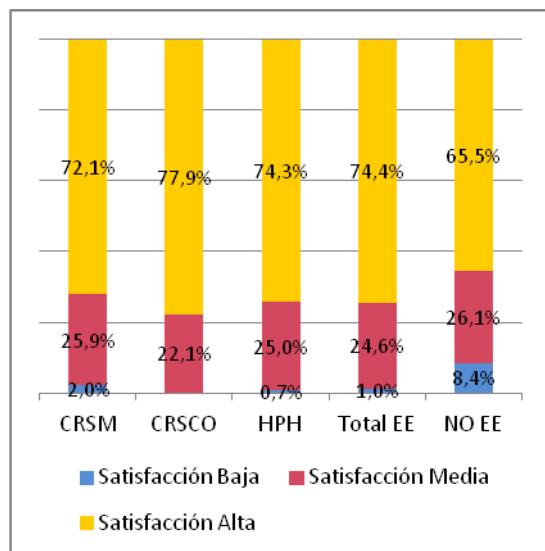
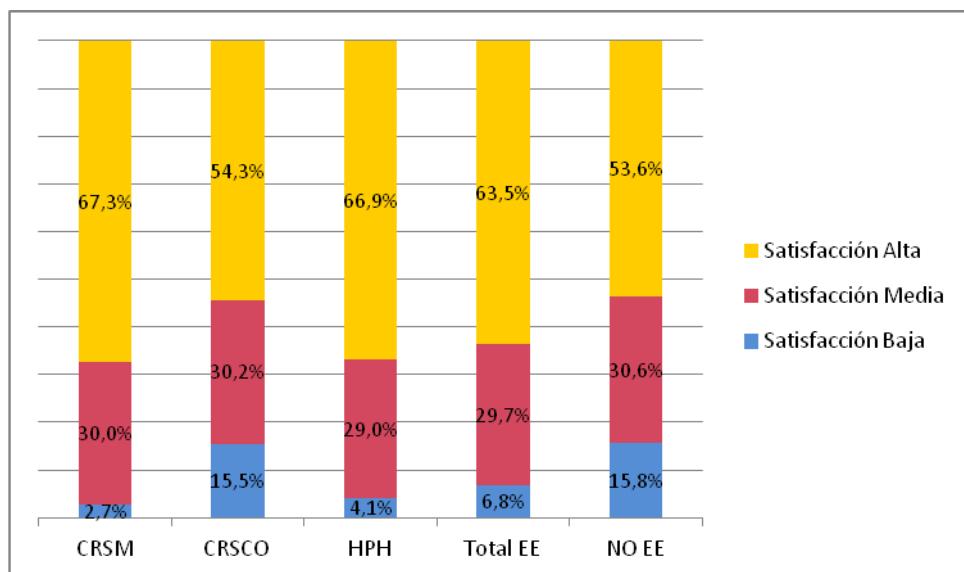


Gráfico N° 129
“Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?”. Comparación EE – NO EE



En términos generales los EE presentan mayor porcentaje de satisfacción alta que los NO EE. La atención telefónica al solicitar la hora es un aspecto que se debiera analizar en mayor profundidad, debido a su baja satisfacción en los EE y NO EE (exceptuando el CRSM). Para la pregunta resumen, que es también un indicador de las variables individuales, se observan grandes diferencias según SS, en cuanto el SSMO tiene un 84,9% de satisfacción alta, mientras el SSMC sólo un 43,5%. El SSMOcc y el SSAS están alrededor del 72%.

Gráfico N° 130
Índice de Satisfacción: Áreas de Apoyo. Comparación EE – NO EE

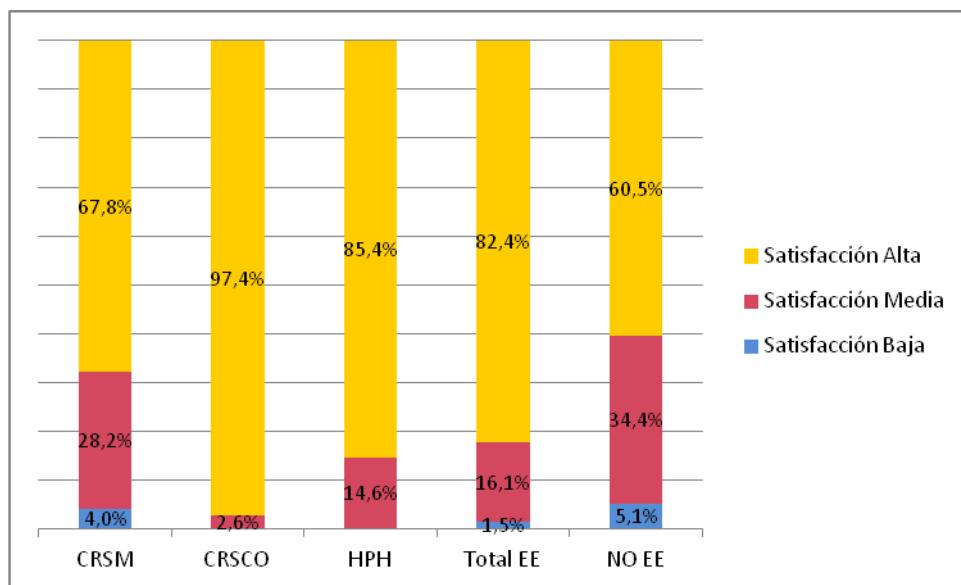


El índice de satisfacción con las Áreas de Apoyo muestra una satisfacción alta de 63,5% para los EE y de 53,6% para los NO EE, que muestran un alto porcentaje de satisfacción baja, al igual que el CRSCO (en donde la atención telefónica tiene un promedio de 4,51 y una alta DT, estando en los otros aspectos evaluado con un promedio sobre 6). Las diferencias expuestas en la pregunta resumen para los distintos SS, se presenta también en el porcentaje de satisfacción alta del índice: el SSMC: 38,7%; el SSMO: 73,9%; SSMOcc: 73,8% y SSAS: 73%. En este aspecto no se ve la relación tan directa entre la evaluación de los SS y aquella de los EE.

3.8 Post – Atención

Gráfico N° 131

“Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta”. Comparación EE – NO EE

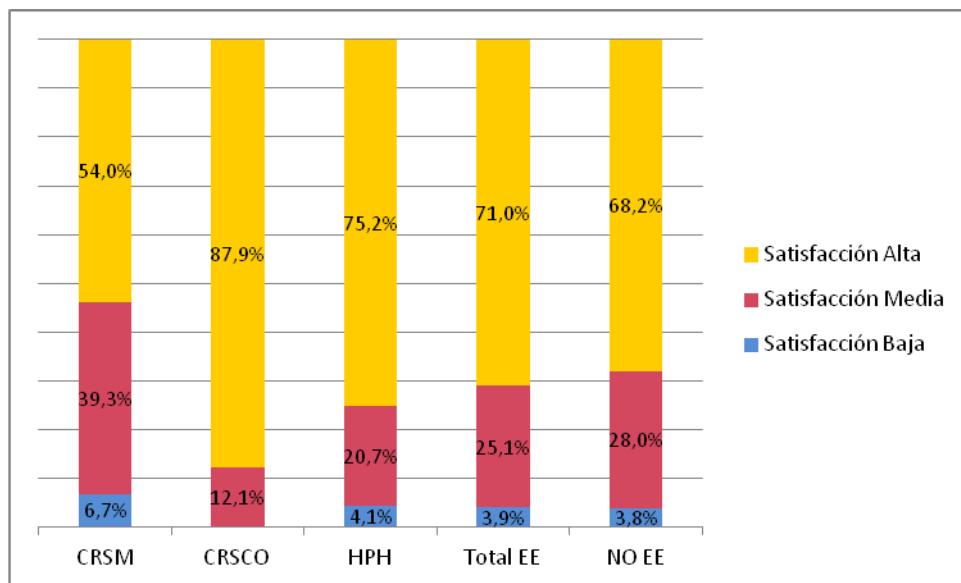


La satisfacción posterior a la atención, en cuanto a la información que le entregaron para continuar el tratamiento o indicaciones generales es significativamente menor en los NO EE que en los EE, donde se observa un alto porcentaje de satisfacción alta. En los NO EE, no se observan diferencias significativas según SS.

3.9 Satisfacción Global Posterior

Gráfico N° 132

“Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad”. Comparación EE – NO EE



Esta pregunta, que se puede considerar como una pregunta resumen de todas las dimensiones expuestas e indagadas en la encuesta muestra también un alto nivel de satisfacción, principalmente en el CRSCO, y una bajo porcentaje de satisfacción baja, tanto en los EE, como en los NO EE. La diferencia entre los NO EE y los EE no es significativa en términos generales, sin embargo, dentro de los NO EE, se observan diferencias según SS, principalmente entre el SSMC (que tiene una satisfacción alta de 55,1%) y los otros SS (que tienen en promedio un 74,7% de satisfacción alta).

3.10 Solución de Problemas

Gráfico N° 133

“¿Sabe cómo hacer para presentar un reclamo?”. Comparación EE – NO EE

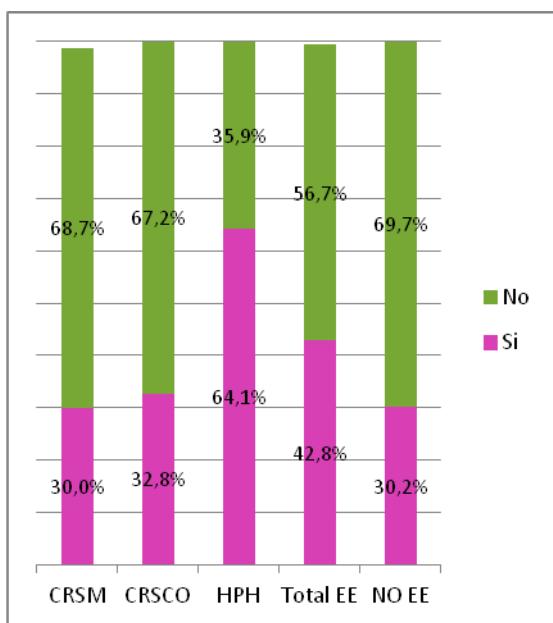
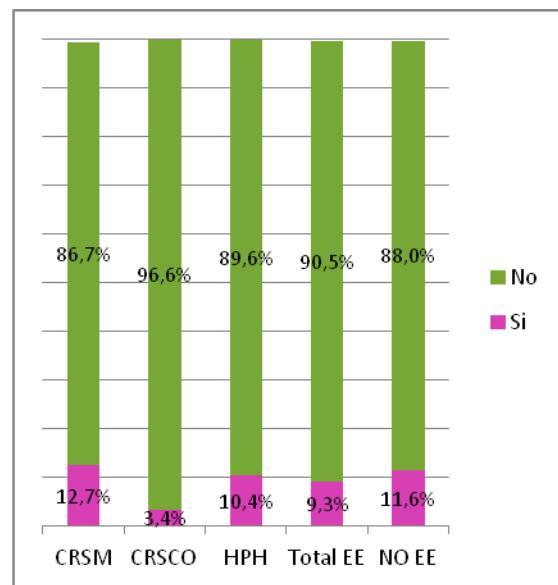


Gráfico N° 134

“¿Me podría mencionar si ha tenido usted algún problema en este establecimiento de salud?”. Comparación EE – NO EE



Con excepción del HPH, es bajo el porcentaje de personas que dicen saber cómo presentar un reclamo, tanto en los EE como en los NO EE, sin superar el tercio de los encuestados. Se observa también que es considerablemente bajo el número de personas que han tenido problemas con el establecimiento.

Gráfico N° 135
“¿Informó del problema que tuvo en el establecimiento?”. Comparación EE – NO EE

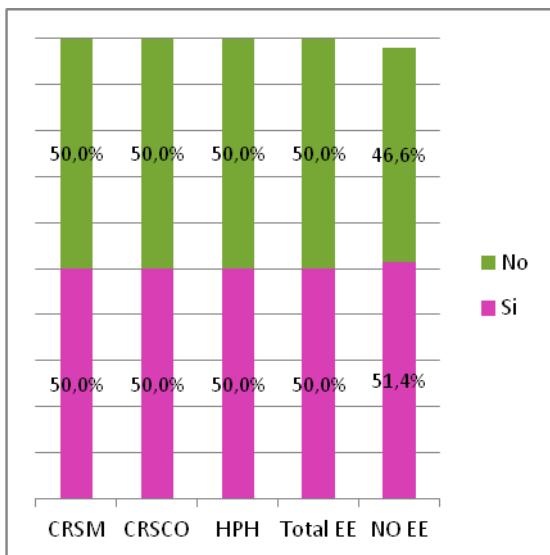
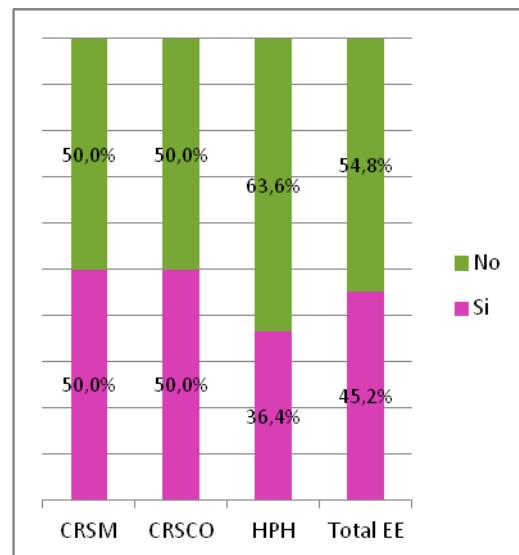
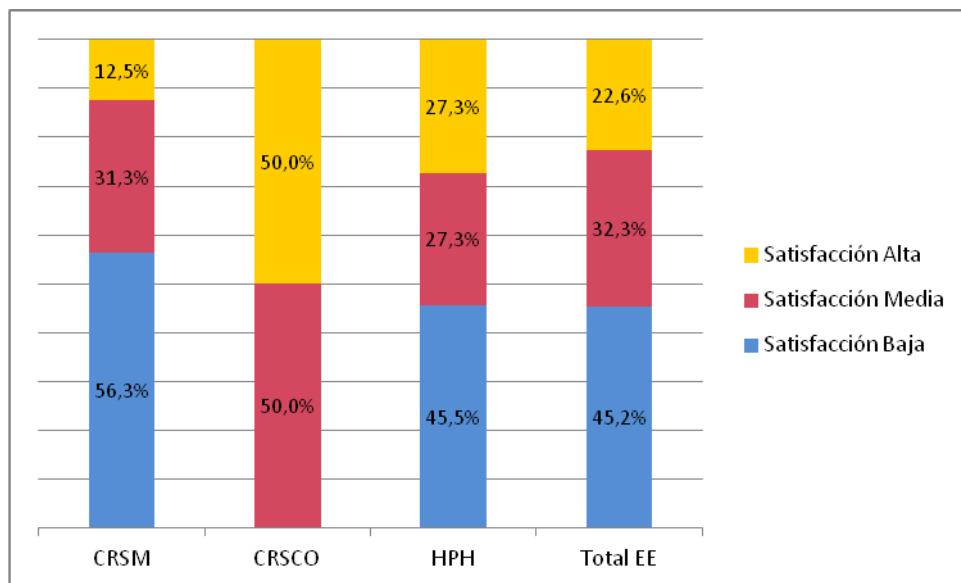


Gráfico N° 136
“¿Su problema fue solucionado?”. Comparación EE



Estas preguntas, planteadas sólo a aquellos que manifestaron haber tenido un problema con el establecimiento, muestran que sólo la mitad de las personas informan del problema al establecimiento, y que es también a la mitad a la que se le resuelve el problema, indicando que hay un grado de resolución de los problemas que manifiestan los usuarios externos en los establecimientos.

Gráfico N° 137
“Usando la escala de notas de 1 a 7, ¿qué tan satisfecho/a quedó con la capacidad del establecimiento de salud para dar solución a sus problemas?”



A pesar que la mitad de las personas que tuvieron un problema con el establecimiento, que informó del problema, manifiesta que su problema fue solucionado, el porcentaje de satisfacción alta es bajo (con excepción del CRSCO) siendo mayor el porcentaje de satisfacción baja. Lamentablemente no se cuenta con estas últimas 3 preguntas para los NO EE, lo que impide una comparación.

3.11 Índice Global de Satisfacción (IGS)

El Índice Global de Satisfacción se creó para comparar en términos generales la satisfacción de los usuarios externos con los establecimientos de salud, considerando las dimensiones analizadas y las preguntas que la componen en el instrumento aplicado a los EE (por GSC) y a los NO EE (del Estudio MINSAL). En el cuadro siguiente se presentan las dimensiones y variables consideradas, y el cálculo realizado para llegar al IGS.

Cuadro N° 89
Construcción Índice Global de Satisfacción: dimensiones y variables.

Dimensión/Índices	Variables por índice	
Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud	Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indiquemos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.	
Satisfacción obtención hora	¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?	
Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar	La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo La amabilidad y cortesía del personal auxiliar La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar) El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar) La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)*** Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?	
Índice de Satisfacción con Personal Profesional	La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional) La amabilidad y cortesía (del personal profesional) La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional) La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional) La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional) El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional) La confianza que le generó (del personal profesional) Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?	IGS II
Índice de Satisfacción con Tiempos de Espera	El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria	
Índice de Satisfacción con Infraestructura	Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención Infraestructura: La comodidad de la sala de espera Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a Infraestructura: La limpieza general del establecimiento Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera Infraestructura: La temperatura de las salas Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera	

	Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?	
Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo	Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora	
	Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME	
	Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS	
	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?	
Satisfacción Post-Atención	Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta	
Satisfacción Global Post	La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta	

*** Esta variable no se consideró en el IGS del Estudio MINSAL por no encontrarse en la base de datos.

Es decir, 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. En el cuadro siguiente se presentan los promedios que obtuvieron por dimensión los EE y los NO EE.

Cuadro N° 90
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

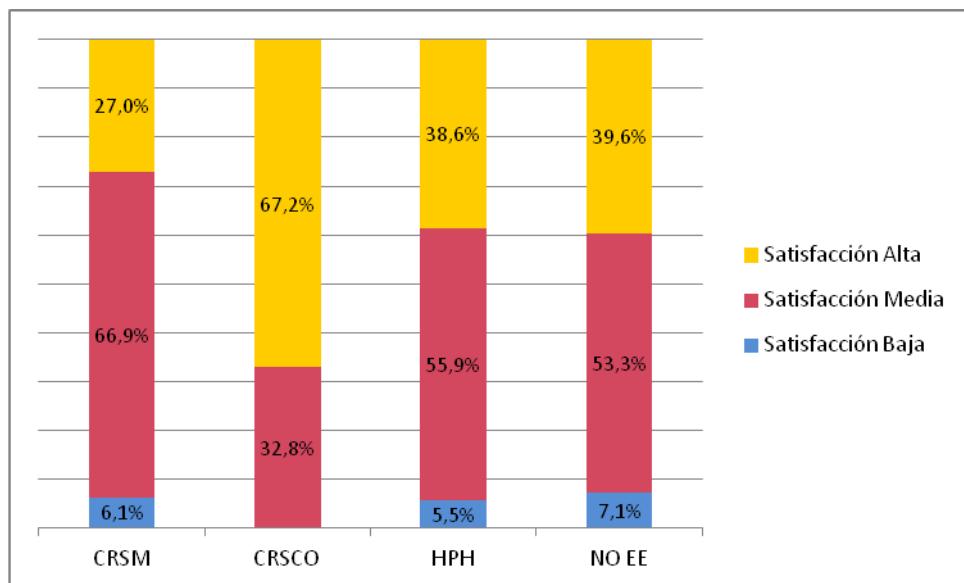
*** No está considerado en IGS por no encontrarse en el Estudio MINSAL. Se incorpora en cuadro a modo de comparación entre EE

Así, sacando el promedio de los promedios de dimensiones e índices, el Índice Global de Satisfacción para cada EE y los NO EE es:

Cuadro N° 91
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° 138
Índice Global de Satisfacción. Comparación EE – NO EE



En los cuadros siguientes se muestra el detalle del IGS para cada EE, según grupo etario y previsión, lo que permite tener un análisis más acabado de la distribución de éste en cada EE, y luego para los NO EE, presentando también las diferencias según establecimientos de salud y SS. Se han incorporado estos cuadros debido a las diferencias observadas, tanto dentro de cada establecimiento, como entre los establecimientos y los SS a los cuales corresponden, lo cual pudiera ser vinculante con los resultados observados en los EE. Ver conclusiones al final de este capítulo.

Cuadro N° 92
Índice Global de Satisfacción CRSM. Según edad y previsión.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total CRSM
Satisfacción Baja			8,1%	6,5%	6,7%	6,1%
Satisfacción Media	25,0%	62,5%	73,0%	60,9%	73,3%	66,9%
Satisfacción Alta	75,0%	37,5%	18,9%	32,6%	20,0%	27,0%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total CRSM
Satisfacción Baja	7,3%	5,1%	7,3%		12,5%	6,1%
Satisfacción Media	63,4%	64,1%	61,0%	84,2%	87,5%	66,9%
Satisfacción Alta	29,3%	30,8%	31,7%	15,8%		27,0%
Total CRSM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 93
Índice Global de Satisfacción CRSCO. Según edad y previsión.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total CRSCO	
Satisfacción Media	50,0%	25,0%	31,6%	30,8%	35,8%	32,8%	
Satisfacción Alta	50,0%	75,0%	68,4%	69,2%	64,2%	67,2%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	Total CRSCO
Satisfacción Media	35,3%	32,8%	28,6%	44,4%	100,0%		32,8%
Satisfacción Alta	64,7%	67,2%	71,4%	55,6%		100,0%	67,2%
Total CRSCO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 94
Índice Global de Satisfacción HPH. Según edad y previsión.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total HPH
Satisfacción Baja		3,4%	5,4%	8,3%	5,6%	5,5%
Satisfacción Media		69,0%	67,6%	66,7%	33,3%	55,9%
Satisfacción Alta	100,0%	27,6%	27,0%	25,0%	61,1%	38,6%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total HPH
Satisfacción Baja	5,1%	10,5%	7,5%			5,5%
Satisfacción Media	42,4%	47,4%	82,5%	65,0%	14,3%	55,9%
Satisfacción Alta	52,5%	42,1%	10,0%	35,0%	85,7%	38,6%
Total HPH	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 95

Índice Global de Satisfacción NO EE. Según edad, previsión, establecimiento de salud Y SS.

EDAD							
	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total NO EE	
Satisfacción Baja	1,5%	10,7%	8,8%	7,1%	4,3%	7,2%	
Satisfacción Media	49,2%	59,9%	55,0%	52,7%	49,0%	53,3%	
Satisfacción Alta	49,2%	29,4%	36,2%	40,2%	46,7%	39,5%	
PREVISIÓN							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Otro	No Contesta	Total NO EE
Satisfacción Baja	5,1%	8,4%	9,2%	6,4%	9,5%	11,8%	7,1%
Satisfacción Media	51,3%	53,0%	60,3%	56,4%	50,0%	55,9%	53,3%
Satisfacción Alta	43,5%	38,6%	30,5%	37,2%	40,5%	32,4%	39,6%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
	INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA (SSMO)	HOSPITAL SALVADOR (SSMO)	HOSPITAL SAN JOSE DE MELIPILLA (SSMOcc)	HOSPITAL FELIX BULNES (SSMOcc)	HERNAN HENRIQUEZ, TEMUCO (SSAS)	HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN (SSMC)	Total NO EE
Satisfacción Baja		4,0%	3,6%	8,0%	5,8%	10,8%	7,1%
Satisfacción Media	29,2%	45,1%	43,6%	48,7%	48,5%	67,3%	53,3%
Satisfacción Alta	70,8%	50,9%	52,7%	43,3%	45,8%	22,0%	39,6%
SERVICIO DE SALUD							
	SSMOcc	SSMC	SSMO	SSAS	Total NO EE		
Satisfacción Baja	6,8%	10,8%	3,6%	5,8%	7,1%		
Satisfacción Media	47,3%	67,3%	43,6%	48,5%	53,3%		
Satisfacción Alta	45,9%	22,0%	52,8%	45,8%	39,6%		
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

4 Análisis por Establecimiento

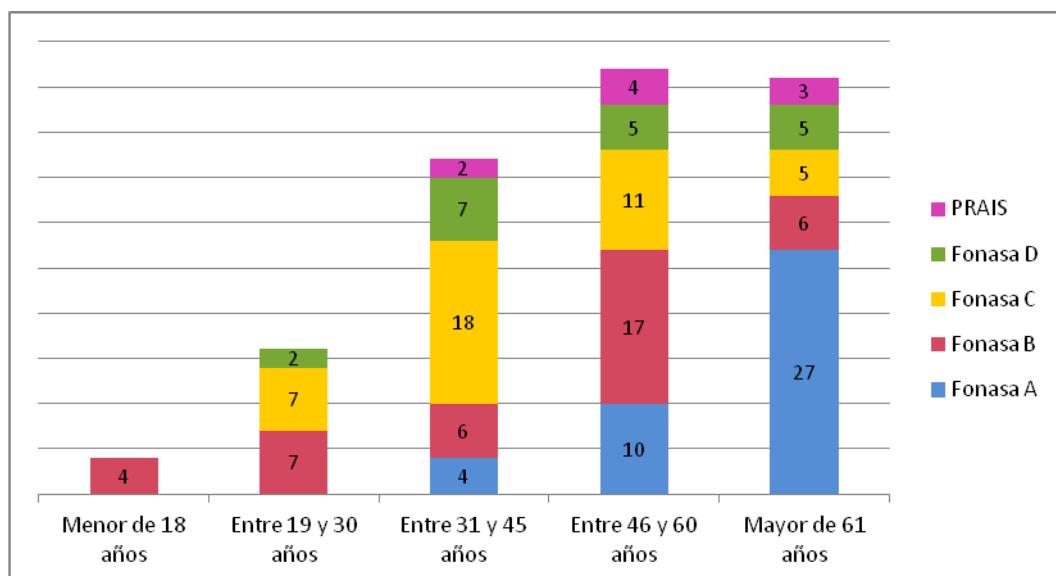
A continuación se presenta el análisis detallado por establecimiento para las dimensiones bajo análisis. Esto permitirá tener una visión con mayor detalle de lo que ocurre para cada EE, teniendo en perspectiva también el panorama más general.

5 CRSM

5.1 Descripción de la Muestra

En el CRSM se encuestaron a un total de 150 personas, de las cuales un 18,7% son hombres y un 81,3% de mujeres. El 2,7% es menor de 18 años, el 10,7% tiene entre 19 y 30 años, el 24,7% tiene entre 31 y 45 años, el 31,3% entre 46 y 60 años y el 30,7% es mayor de 61 años. Es decir, el 62% es mayor de 46 años.

Gráfico N° 139
Número de encuestados según grupo etario y Previsión

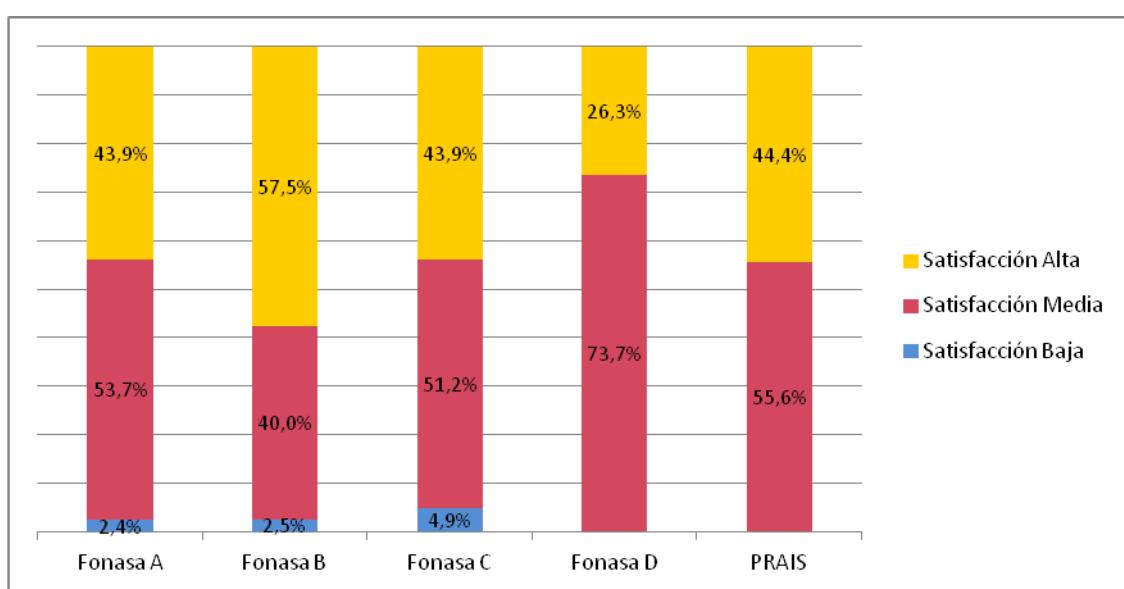


El 96% de la presente muestra es paciente, mientras el 4% restante es acompañante de menores de 15 años. 5 personas, un 3,3%, pertenece/se identifica con el pueblo Mapuche. En cuanto a la previsión de los encuestados, un 27,3% tiene FONASA A, un 26,7% FONASA B, un 27,3% FONASA C, un 12,7% FONASA D y un 6% tiene PRAIS. El 93,3% vive en la comuna de Maipú y un 4% en Cerrillos (para más detalle sobre la comuna de residencia y el centro de salud en el que están inscritos ver en Anexos).

El 29,3% ha asistido al CRSM entre 6 y 10 veces, un 20,7% entre 3 y 5 veces y entre 11 y 15 veces, un 11,3% más de 21 veces, un 10% entre 16 y 20 veces y un 8% 1 a 2 veces. El 100% de los encuestados se atendió con un Médico en el día que fue encuestado y un 87,3% tuvo contacto con personal del SOME y un 8% con enfermeras. El promedio de consultas médicas, de aquellos encuestados, en el establecimiento en el último año es de 3,81 (con un mínimo de 1 vez y un máximo de 15 veces).

5.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Gráfico N° 140
Índice de Satisfacción con el Sistema de Salud según previsión



Ante la pregunta: ... cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud, un 3,3% tiene satisfacción baja, un 46% satisfacción media y un 50,7% alta (con una media de 5,37 y una DT de 1,014). Al considerar la inversión que han realizado las personas para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, la satisfacción con el Sistema de Salud se mantiene similar: 2,7% baja, 47,3 media y 50% alta (media: 5,38 y DT: 0,994). Juntando ambas preguntas y realizando un índice mediante el promedio de las respuestas, el gráfico presenta el nivel de satisfacción según la previsión de los encuestados.

En este se puede apreciar las diferencias entre los 4 grupos, siendo que aquellos de ingresos más bajos tienen expectativas menores con respecto al servicio que aquellos de mayores ingresos.

5.3 *Imagen del Sistema de Salud*

Cuadro N° 96

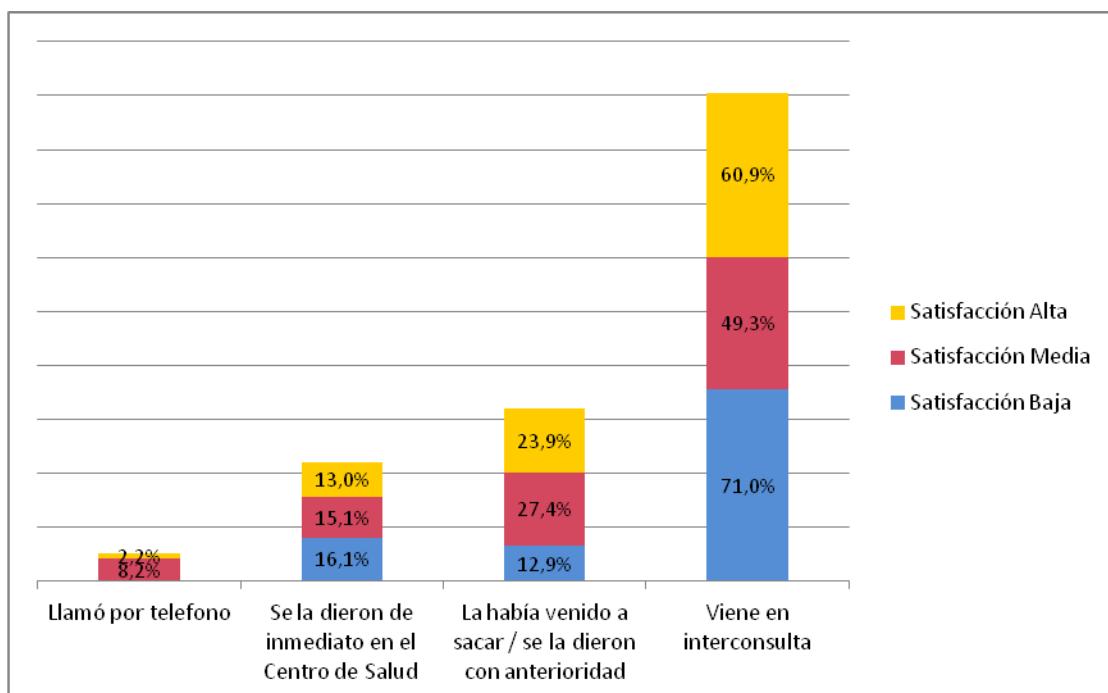
	Media	DT
El Sistema de Salud Es moderno	5,40	,869
El Sistema de Salud Brinda seguridad	5,36	1,064
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido	4,38	1,241
El Sistema de Salud Es eficiente	5,04	1,048
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología	5,50	,821
El Sistema de Salud Es confiable	5,37	1,019
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada	5,50	,861
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos	5,26	1,121
El Sistema de Salud Llega a todas las personas	5,05	1,410
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad	5,30	1,136

Para esta área se le solicitó a los encuestados de ponerle una nota del 1 al 7 (“al igual que en el colegio”) ante las frases presentadas. En el cuadro anterior, se muestra la media y la DT para cada una de ellas. En ella se observa que la frase con menor promedio es aquella que dice relación con la rapidez en ser atendido, y que las mejores evaluadas son la infraestructura y la tecnología con que cuentan los establecimientos.

Para el análisis de estas variables se creó un índice, mediante el promedio de cada una de ellas con ponderación igual. En términos generales, los resultados indican que el 6% evalúa con nota baja al sistema, el 75,3% con nota mediana y el 18,7% con nota alta. Al analizar el detalle de este índice, no se notan diferencias según la previsión de los encuestados ni según edad.

5.4 Pre - Atención

Gráfico N° 141
Satisfacción según modalidad de obtención de hora



El 57,3% de los encuestados obtuvo su hora de atención a través de interconsulta, un 23,3% lo hizo yendo al centro con anterioridad, a un 14,7% se la dieron de inmediato en el centro de salud y sólo un 4,7% llamó por teléfono. En el gráfico se puede apreciar el nivel de satisfacción que genera cada forma de obtención de hora, siendo que en términos generales un 20,7% manifiesta satisfacción baja, un 48,7% satisfacción mediana y un 30,7%

En promedio la gente espera 61,57 días desde que lo derivan de APS a que es atendido (con un rango de 2 días a 720 días, con una DT de 100.1). El 42% de los encuestados espera entre 2 y 5 semanas y un 21,3% espera más de 10 semanas; sólo un 6% espera menos de 1 semana.

5.5 Atención

5.5.1 Personal Auxiliar

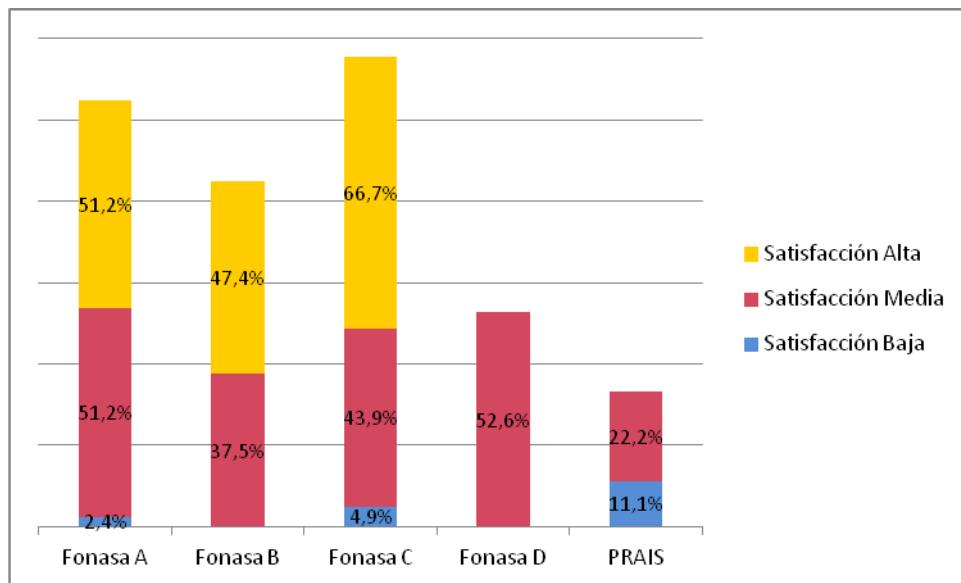
Cuadro N° 97
Estadísticos resumen: Satisfacción con el Personal Auxiliar y pregunta resumen

	Media	DT
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo	5,39	1,014
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar	6,02	,979
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)	5,97	,999
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)	5,89	1,017
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)	5,79	1,149
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?	5,81	1,052

Para analizar la atención percibida de parte del personal auxiliar se preguntó por diferentes aspectos. Con estas variables se realizó un índice, mediante el promedio y recodificación, que arroja que un 53,3% de satisfacción alta en estos ámbitos, 44% de los encuestados presenta una satisfacción media y un 2,7% satisfacción baja. La última pregunta de este apartado es una pregunta resumen, es decir: “Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar” (que no fue considerada en el índice), la satisfacción es mucho mayor, llegando a un 66,7% de calificaciones altas, un 31,3% medias y un 2% bajas.

En el cuadro anterior se presentan los estadísticos resumen para cada variable del índice en cuestión y la pregunta resumen. En el gráfico siguiente se presenta la diferencia según previsión para el índice de satisfacción realizado.

Gráfico N° 142
Índice de Satisfacción: Personal Auxiliar según previsión (en % de satisfacción)



Según edad también se observan diferencias significativas, siendo que el 56,3% de aquellos entre 19 y 30 años presentan satisfacción alta, mientras que sólo el 37,8% de aquellos entre 31 y 45 años lo hace (para más detalle ver en Anexos).

5.5.2 Personal Profesional

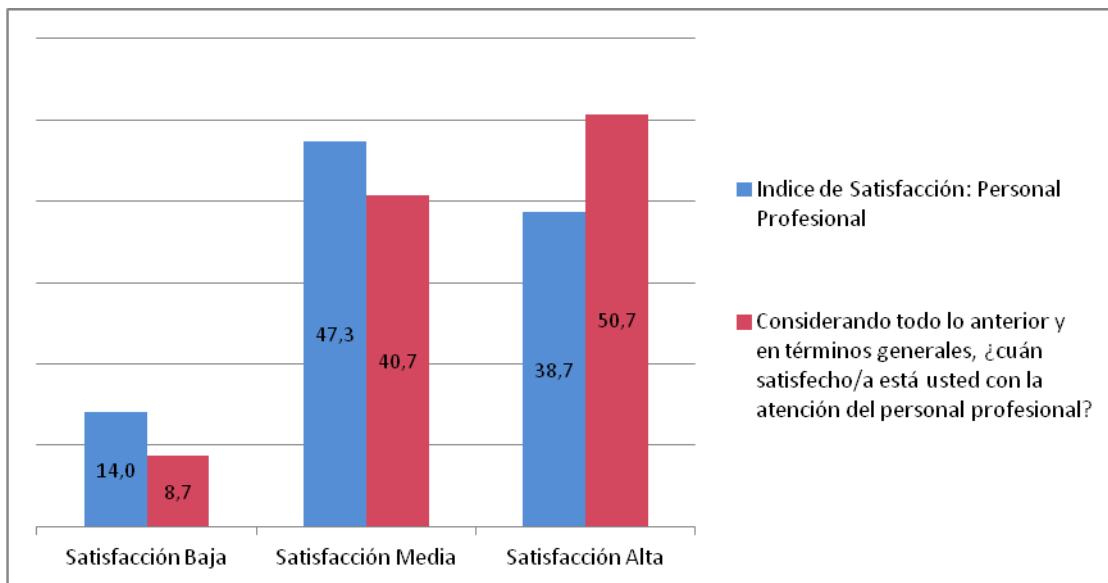
Cuadro N° 98

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción Personal Profesional y pregunta resumen.

	Media	DT
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo	4,77	1,475
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)	5,47	1,446
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)	5,56	1,347
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)	5,46	1,459
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)	5,41	1,493
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)	5,38	1,446
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)	5,03	1,584
La confianza que le generó (del personal profesional)	5,41	1,406
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?	5,38	1,324

Para preguntar sobre el Personal Profesional (PP) se preguntó sobre distintos aspectos relacionados con la atención que ellos brindan. Con estas variables se realizó el Índice de Satisfacción: Personal Profesional y ésta se compara en el gráfico siguiente con la pregunta resumen, pudiéndose apreciar diferencias significativas:

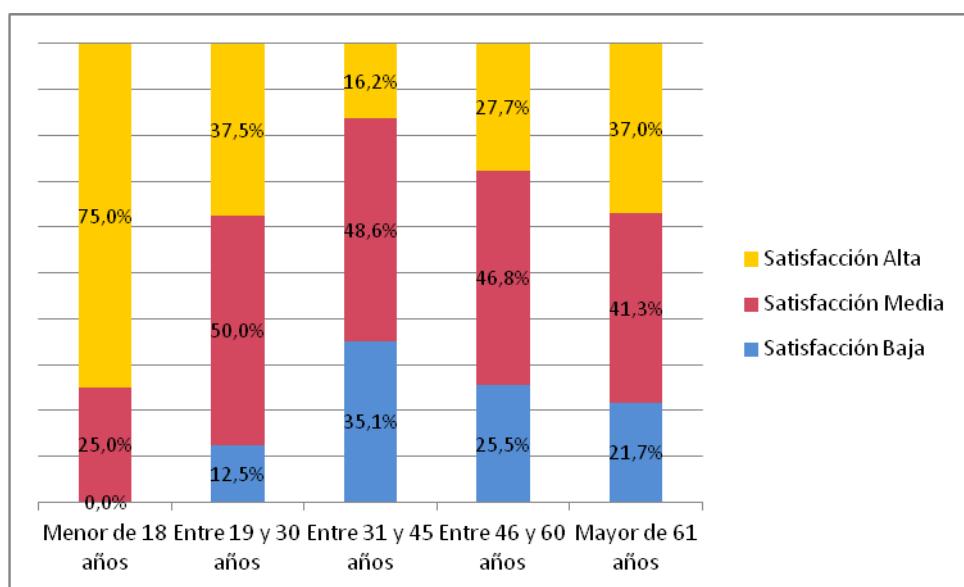
Gráfico N° 143
Índice de Satisfacción: Personal Profesional y pregunta resumen



Las diferencias que se observan, tanto para el índice realizado como para la pregunta resumen, son pequeñas y se presentan en Anexos.

5.5.3 Tiempo de Espera

Gráfico N° 144
Índice de Satisfacción: Tiempo de Espera según grupo etario



Con respecto al tiempo de espera, se realizaron dos preguntas de satisfacción para: el tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación a que lo/a atendieran (que presenta una media de 4,77 de satisfacción con una DT de 1,402) y el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a en este hospital desde que lo derivaron de la APS (media: 4,68 y DT 1,569). El índice realizado con ambas variables muestra que un 30% presenta satisfacción alta, un 45,3% satisfacción media y un 24,7% satisfacción baja.

En promedio los encuestados esperan 52 minutos para ser atendido desde la hora que tenía citación, con una DT de 39,647; el detalle muestra que el 39,3% espera menos de 30 minutos, el 39,3% espera entre 30 minutos y una hora y un 9,3% espera entre 1,5 horas y 2 horas, entre otras.

5.6 Infraestructura

Cuadro N° 99

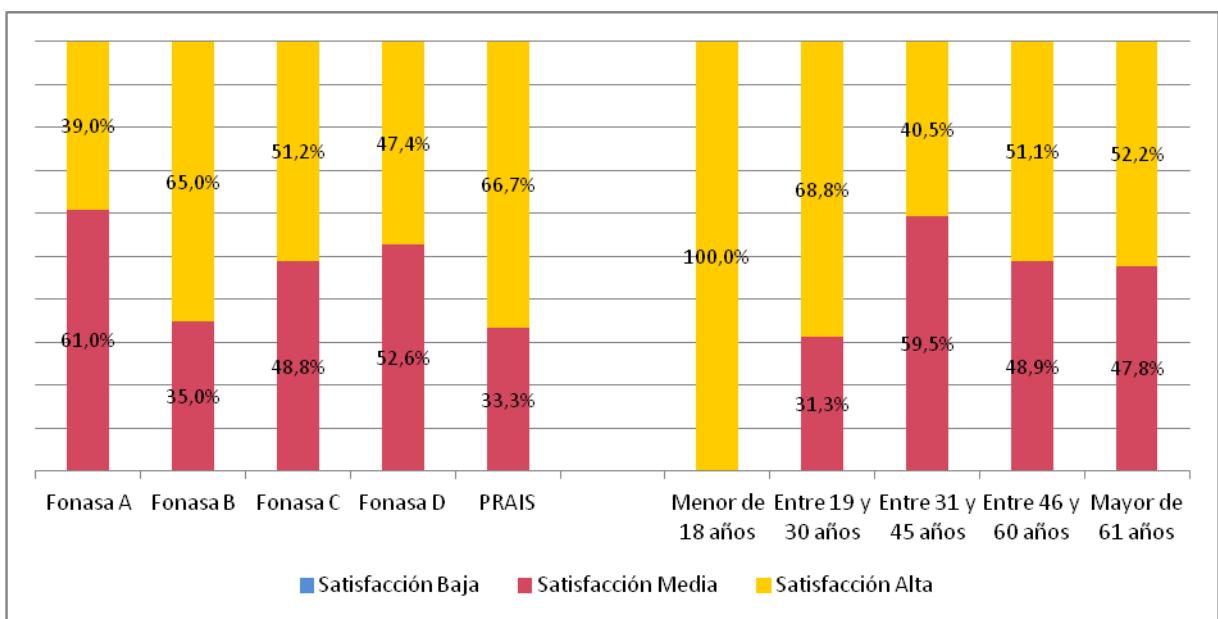
Estadísticas Resumen: Índice de Satisfacción con Infraestructura y Pregunta Resumen

	Media	DT
Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención	6,28	,745
Infraestructura: La comodidad de la sala de espera	5,84	1,100
Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a	6,17	,806
Infraestructura: La limpieza general del establecimiento	5,95	,914
Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera	5,69	1,120
Infraestructura: La temperatura de las salas	6,03	,777
Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles	5,51	1,027
Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera	6,11	,879
Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?	5,87	,759

Para conocer la satisfacción en cuanto a la infraestructura del establecimiento, se indagó en los ítems expuestos en el cuadro, donde se presentan las estadísticas resumen para cada una de ellas. El índice fue construido con los promedios, sin considerar la última pregunta resumen, que en términos totales muestra una satisfacción alta de 71,1%, media de un 28,2% y un 0,7% baja. El índice creado muestra un 53% de satisfacción alta y un 48% de satisfacción

media; siendo lo peor evaluado la cantidad, limpieza y ubicación de los baños, con un 1,5% de satisfacción baja (que proviene exclusivamente del grupo etario entre los 31 y los 45 años), un 45,1% de satisfacción media y un 53,4% de satisfacción alta.

Gráfico N° 145
Índice de Satisfacción con Infraestructura según previsión y grupo etario



Como se muestra en el gráfico anterior, se aprecian diferencias significativas según previsión, siendo mayor la satisfacción en el Tramo de FONASA B y en PRAIS, que en los otros tramos; así como según edad, aumentando la satisfacción luego del grupo entre los 31 y 45 años, siendo la mayor entre aquellos menores de 18 años y entre 19 y 30 años.

5.7 Áreas de Apoyo

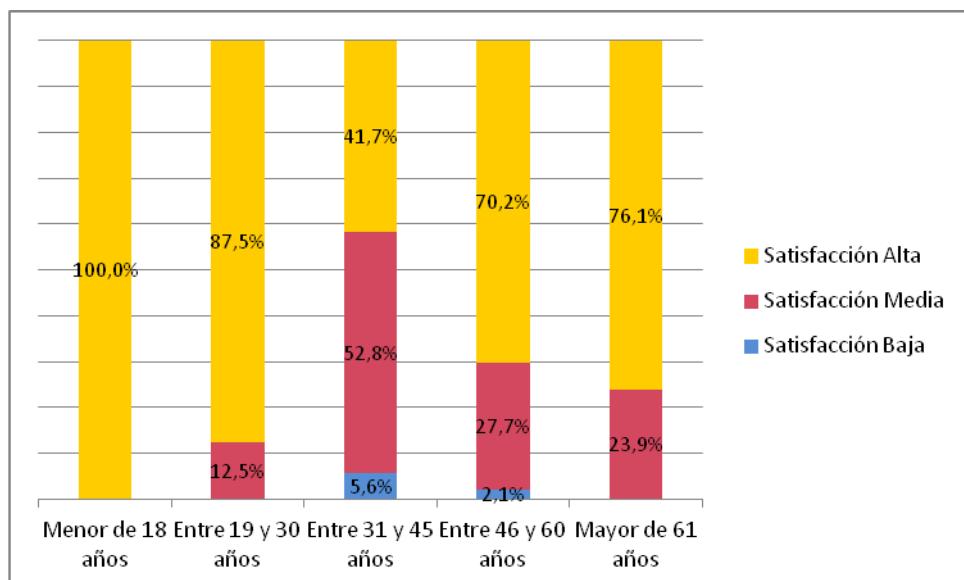
Cuadro N° 100

Estadísticas Resumen Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo y pregunta resumen

	Media	DT
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora	5,92	1,381
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME	5,84	1,018
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS	6,11	1,115
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?	5,89	1,014

El índice creado a partir de las preguntas presentadas, presenta una satisfacción alta de un 67,8, media de 30,2% y baja de 2%; presentando el porcentaje mayor de insatisfacción la atención telefónica al solicitar la hora, con un 6,3% de satisfacción baja.

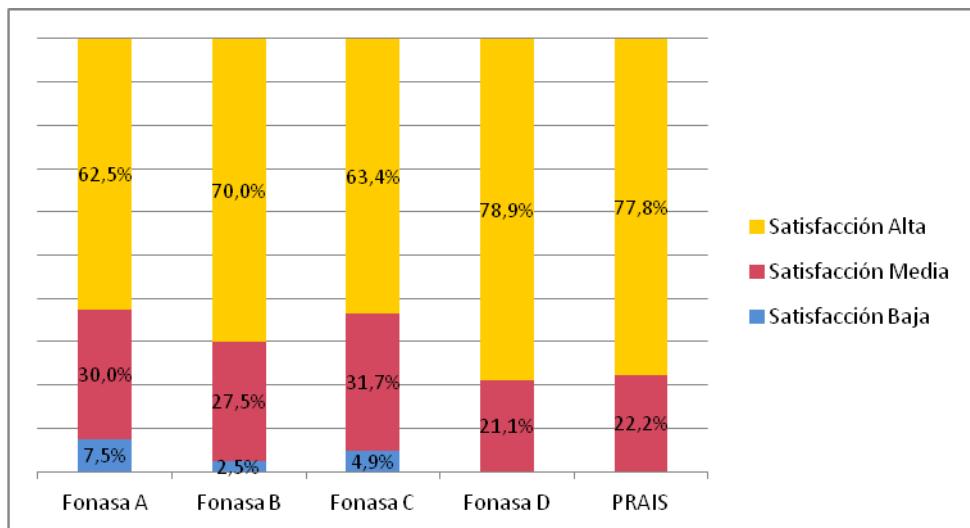
Gráfico N° 146
Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo según grupo etario



Como se aprecia en el gráfico, hay diferencias notorias según grupo etario. Según previsión también se observan diferencias, en cuanto el Tramo B muestra mayor satisfacción (79,5% alta) que el Tramo C (53,7%).

5.8 Post – Atención

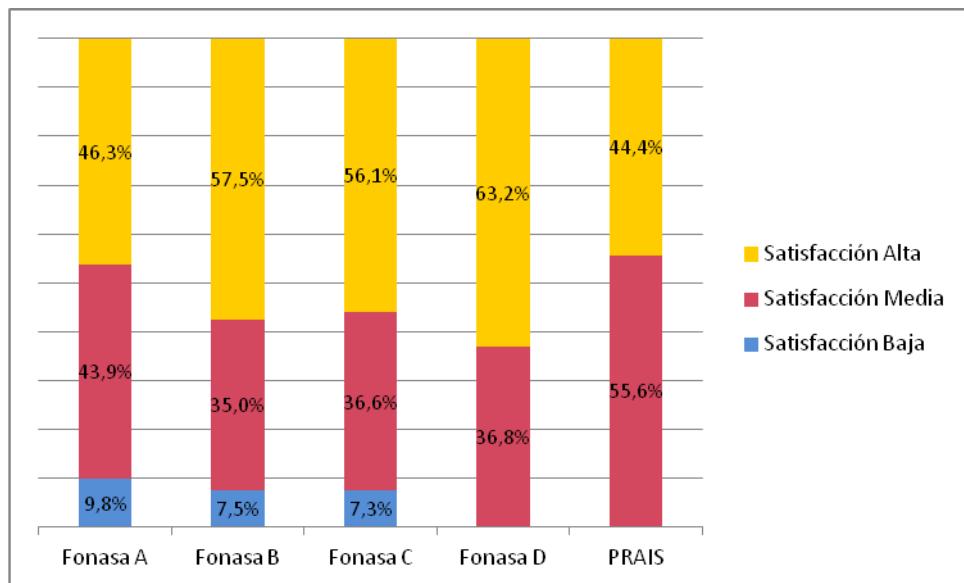
Gráfico N° 147
Satisfacción con Post-Atención según previsión



Ante la pregunta: “Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta”, presenta una media de 5,72 y una DT de 1,132. En total, ésta presenta un 67,8% de satisfacción alta, un 28,2% de satisfacción media y un 4% de satisfacción baja. Esta variable muestra leves diferencias según edad, en cuanto el 75% de aquellos entre 19 y 30 años presenta satisfacción alta, mientras aquellos mayores de 61 años sólo un 66,7%.

5.9 Satisfacción Global Posterior

Gráfico N° 148
Satisfacción Global Posterior según previsión



Para “Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad”, se presenta una media de 5,46 con una DT de 1,202. En total esta presenta un 54% de satisfacción alta, un 39,3% de satisfacción media y un 6,7% de satisfacción baja.

5.10 Solución de Problemas

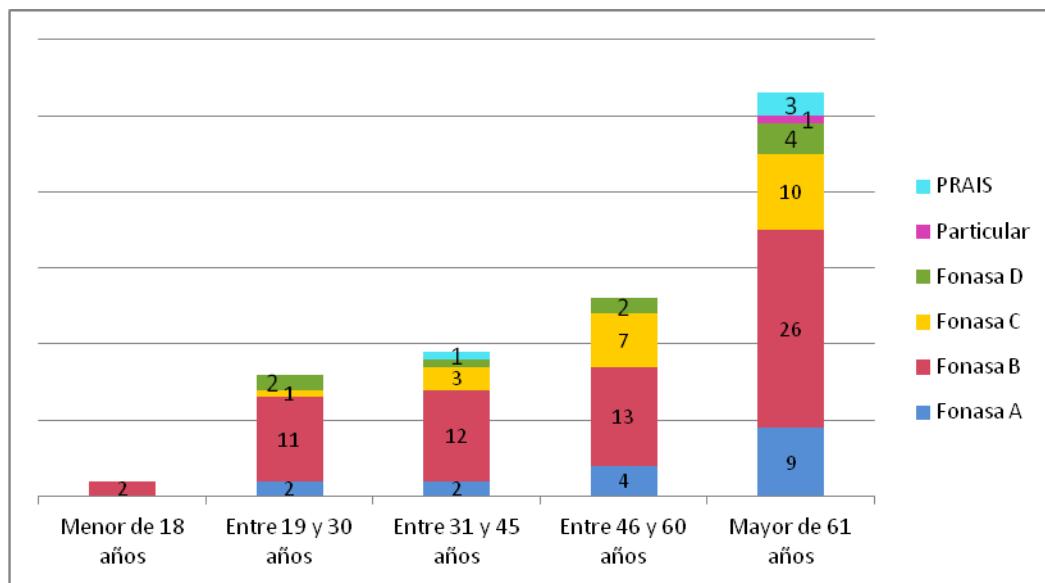
En el CRSM, un 68,7% de los encuestados dice “no” saber cómo presentar un reclamo y un 30% “si”. Por otro lado, un 86,7% no ha tenido problemas con el establecimiento de salud, siendo que sólo 19 personas (12,7%) responden que “sí”; de ellos, sólo la mitad ha informado al establecimiento del problema (9 personas), y 8 personas dicen que su problema fue solucionado. Ante la pregunta de “¿qué tan satisfecho/a quedó con la capacidad del establecimiento de salud para dar solución a sus problemas?” 9 personas presentan satisfacción baja, 5 media y 2 altas (sólo las personas que manifestaron tener un problema con el establecimiento respondieron las últimas 3 preguntas).

6 CRSCO

6.1 Descripción de la Muestra

En el CRSCO se encuestaron un total de 116 personas, de las cuales un 72,4% son mujeres y el 27,6% hombre. El 1,7% es menor de 18 años, el 13,8% tiene entre 19 y 30 años, el 16,4% tiene entre 31 y 45 años, el 22,4% tiene entre 46 y 60 años y hay un 45,7% mayor de 61 años. Es decir, el 68,1% es mayor de 46 años.

Gráfico N° 149
Número de encuestados según grupo etario y previsión



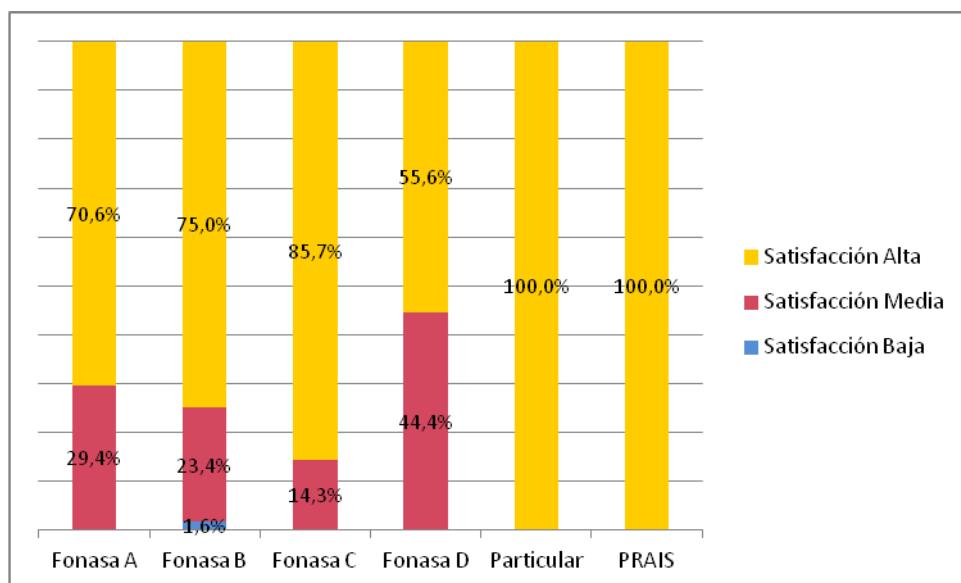
El 100% de los encuestados son pacientes del establecimiento (es decir, no se encuestó a en este establecimiento a acompañantes de menores de 15 de años). De ellos, el 12,1% (14 personas) se identifica con el pueblo originario Mapuche. En cuanto a la previsión de los encuestados, un 14,7% tiene FONASA A, 55,2% FONASA B, 18,1% FONASA C, 7,8% FONASA D, un 0,9% Particular y un 3,4% PRAIS.

El 59,5% vive en la comuna de Peñalolén, un 31% en Macul y un 2,6% en Ñuñoa; un 1,7% en Las Condes y mismo porcentaje para Providencia y Vitacura. El 37,1% ha venido a atenderse al Centro de Salud entre 6 y 10 veces; un 22,4% de 3 a 5 veces, un 18,1% 1 a 2 veces y el 22,4% más de 11 veces. Todos tuvieron contacto con un médico.

El promedio de consultas médicas en el establecimiento en el último año, para los encuestados, es de 3,21, con una DT de 2,169 (con un mínimo de 1 vez y un máximo de 12 veces).

6.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Gráfico N° 150
Índice de Satisfacción con el Sistema de Salud según previsión



Ante el planteamiento: “Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud”, presenta una media de 6,13 (DT: 0,880). Para esta variable se observan leves diferencias según edad, en cuanto aquellos entre los 19 y 30 años presentan un 75% de satisfacción alta, aumentando hasta un 84,9% en aquellos mayores de 61 años. Por otro lado, también se observa mayor satisfacción en el Tramo FONASA A y C (82,4% y 85,7% respectivamente) que en FONASA B y D (79,7% y 77,8% respectivamente) de satisfacción alta.

Por otro lado, “Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?”, tiene también un alto promedio de 6,15 (DT 0,897).

Considerando ambas variables en igual ponderación, se creó un índice, mediante el promedio, que indica que el 75,9% de los encuestados presenta satisfacción alta, un 23,3% satisfacción media y sólo un 0,9% satisfacción baja. En el gráfico se presentan las diferencias según previsión, siendo que para edad también se notan diferencias, en cuanto el 68,8% de

aquellos entre 19 y 30 años muestran satisfacción alta, mientras un 78,9% de aquellos entre 31 y 45 años lo hacen.

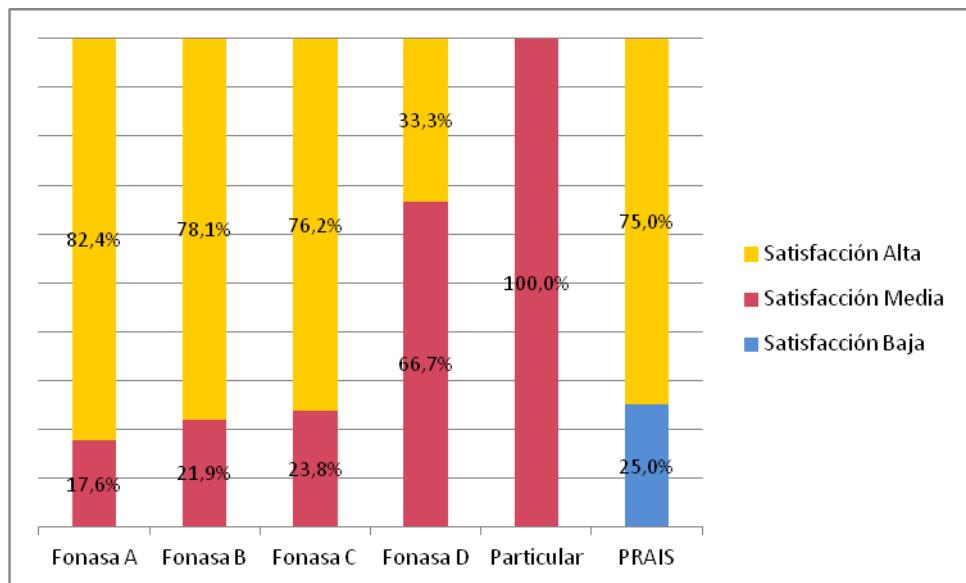
6.3 *Imagen del Sistema de Salud*

Cuadro N° 101
Estadísticos Resumen: Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud

	Media	DT
El Sistema de Salud Es moderno	6,64	,745
El Sistema de Salud Brinda seguridad	6,63	,900
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido	5,13	1,886
El Sistema de Salud Es eficiente	6,03	1,309
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología	6,75	,737
El Sistema de Salud Es confiable	6,72	,732
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada	6,66	,899
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos	6,03	1,292
El Sistema de Salud Llega a todas las personas	5,47	1,556
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad	6,56	1,041

Para indagar en la percepción y evaluación que hacen los usuarios externos sobre el Sistema de Salud, se les preguntó por las afirmaciones presentadas en el cuadro anterior, donde se puede ver el promedio que cada una obtuvo (de una escala de 1 a 7) y la DT. En ella se observa que el aspecto mejor evaluado es la tecnología, la confiabilidad del sistema, la infraestructura con la que cuenta y que “es moderno”. Aquel con menor promedio dice relación con la rapidez en atender y con su capacidad para llegar a todos. Promediando todos estos aspectos se realizó un índice de evaluación: Imagen del Sistema de Salud.

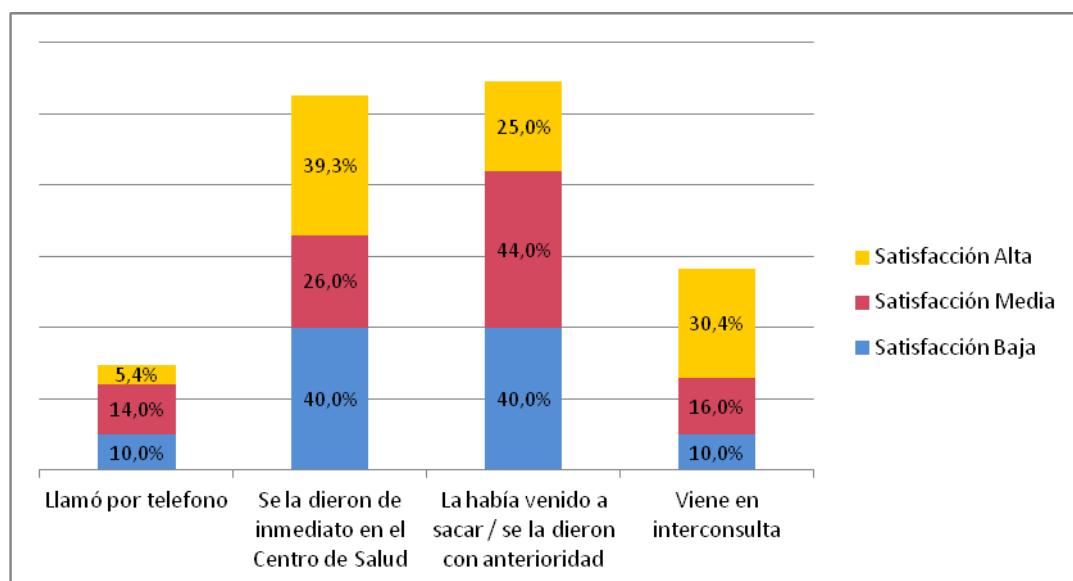
Gráfico N° 151
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud según previsión.



En el gráfico se pueden apreciar las diferencias según previsión, disminuyendo la satisfacción a medida que avanzan los Tramos de FONASA de A a D. Por otro lado se observan diferencias según la edad del encuestado, en cuenta el menor porcentaje de satisfacción alta se encuentra entre los 46 y 60 años (65,4%) y el mayor entre aquellos mayores de 61 años (77,4%) donde también se ubica el único porcentaje de satisfacción baja (1,9%).

6.4 Pre – Atención

Gráfico N° 152
Satisfacción según la modalidad de obtención de hora



El 34,5% obtuvo su hora sacándola con anterioridad en el Centro; un 33,6% la obtuvo de inmediato en el Centro de Salud, un 22,4% viene de interconsulta y un 9,5% llamó por teléfono. En total, un 48,3% manifiesta satisfacción alta, un 43,1% satisfacción media y un 8,6% baja, en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla. En cuanto a las diferencias por edad y por previsión, se observan leves diferencias que se presentan en Anexos.

En promedio los encuestados esperan 39,05 días para ser atendidos desde que lo derivaron de la APS, con una DT de 40,273 (un mínimo de 5 días y un máximo de 360 días). La moda, es decir el valor con mayor frecuencia, es 30 días. Así, el 35,3% de las personas espera entre 3 y 5 semanas, el 27,6% espera entre 1 y 3 semanas, el 35,3% espera más de 5 semanas y sólo un 1,7% espera menos de una semana para ser atendido.

6.5 Atención

6.5.1 Personal Auxiliar

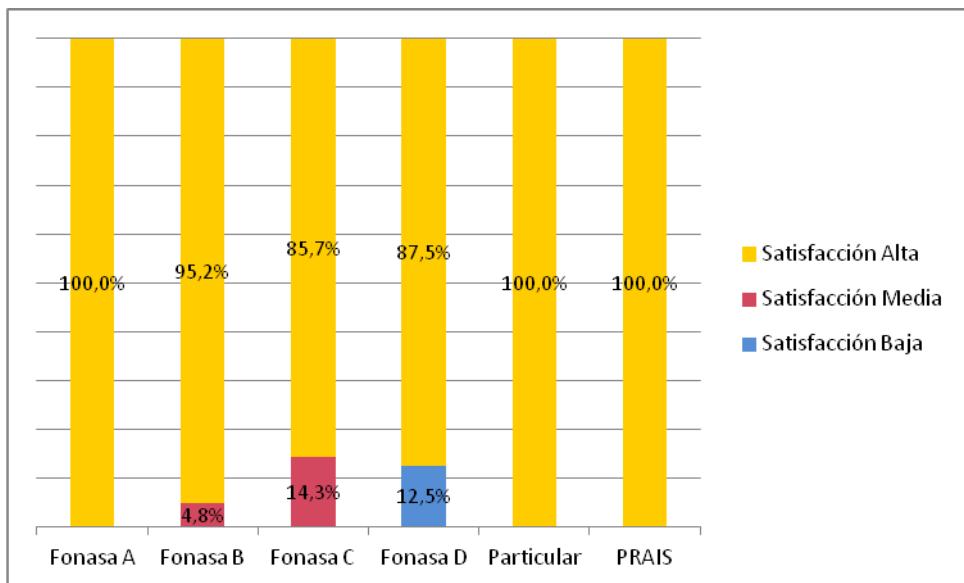
Cuadro N° 102

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar y pregunta resumen

	Media	DT
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo	6,74	,677
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar	6,71	,666
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)	6,74	,628
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)	6,68	,857
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)	6,72	,768
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?	6,71	,636

En el cuadro anterior se puede observar las variables que se consideran en el índice creado para conocer la satisfacción con el personal auxiliar en el CRSCO, observándose que para todas hay un alto grado de satisfacción, superando todos el promedio de 6,6. Para la pregunta resumen, se observa un 96,4% de satisfacción alta, un 2,7% de satisfacción media y un 0,9% de satisfacción baja (que proviene del grupo etario entre los 46 y los 60 años, y del Tramo FONASA D).

Gráfico N° 153
Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar según previsión



Así, el índice muestra que el 93,8% muestra una satisfacción alta con el personal auxiliar, un 5,3% satisfacción media y un 0,9% de satisfacción baja. En el gráfico se observan las diferencias según previsión, siendo que estas no son grandes, es importante notar que el menor porcentaje de satisfacción alta se encuentra en el Tramo FONASA C y D. Segundo edad no se observan diferencias significativas.

6.5.2 Personal Profesional

Cuadro N° 103

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Personal Profesional y pregunta resumen

	Media	DT
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo	5,79	1,207
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)	6,93	,342
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)	6,92	,299
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)	6,81	,631
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)	6,83	,498
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)	6,84	,486
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)	6,21	1,146
La confianza que le generó (del personal profesional)	6,84	,436
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?	6,63	,599

En el cuadro se observa que el aspecto que presenta menor satisfacción es la cantidad de personal profesional para atender, con un 10,3% de notas 4 o inferior y un 25,9% de notas 5. El otro promedio bajo se refiere a el tiempo dedicado a atenderlo, que se mantiene de todas formas alto. La pregunta resumen muestra un 93,9% de satisfacción alta y un 6,1% de satisfacción media.

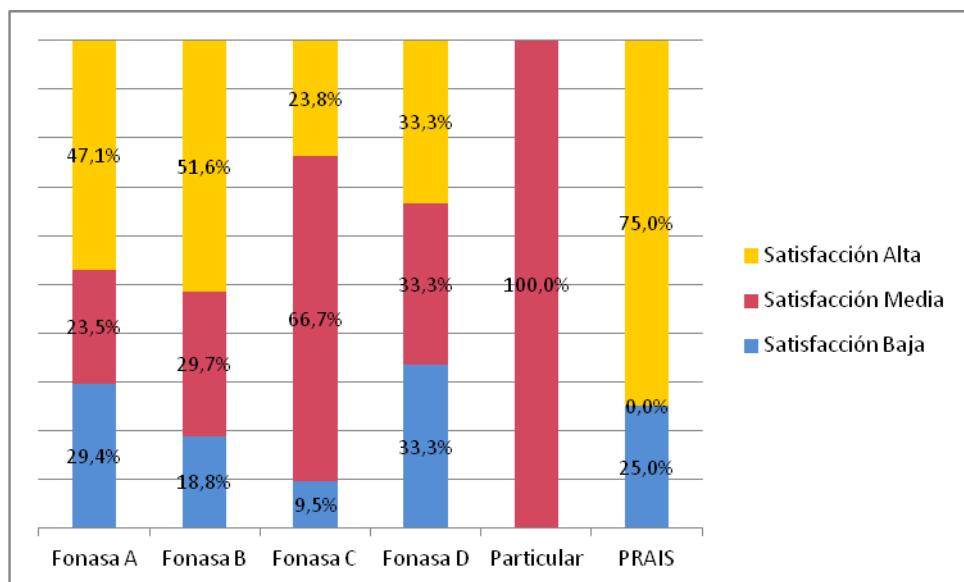
El índice realizado, que no considera la pregunta resumen, muestra un 93,1% de satisfacción alta y un 6,9% de satisfacción media. En esta no se notan diferencias significativas según edad ni previsión (el porcentaje de satisfacción alta más bajo se encuentra en el Tramo FONASA D y entre los mayores de 61 años).

6.5.3 Tiempo de Espera

Los encuestados del CRSCO esperan en promedio 57,2 minutos, con una DT de 38,348 (un mínimo de 10 minutos; un máximo de 195 y una moda de 30 minutos). Así, un 27,6% espera

hasta 30 minutos, un 49,1% entre 30 minutos, una hora y un 11,2% entre una hora y una hora y media y un 12,1% más de una hora y media.

Gráfico N° 154
Índice de Satisfacción con tiempos de espera según grupo etario



El índice de satisfacción realizado, que considera el tiempo para ser atendido por primera vez desde ser derivado de la APS (con un 41,4% de satisfacción alta, un 39,7% de satisfacción media y un 19% de satisfacción baja) y el tiempo que tuvo que esperar para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación (48,3% de satisfacción alta, un 32,8% de media y un 19% baja), muestra en total un 44,8% de satisfacción alta, un 35,3% de satisfacción media y un 19,8% de satisfacción baja.

También se observan diferencias según grupo etario, en cuanto el mayor porcentaje de satisfacción baja se encuentra en el grupo entre 31 y 45 años, con un 26,3% y entre aquellos mayores de 61 años, con un 20,8% de satisfacción baja.

6.6 Infraestructura

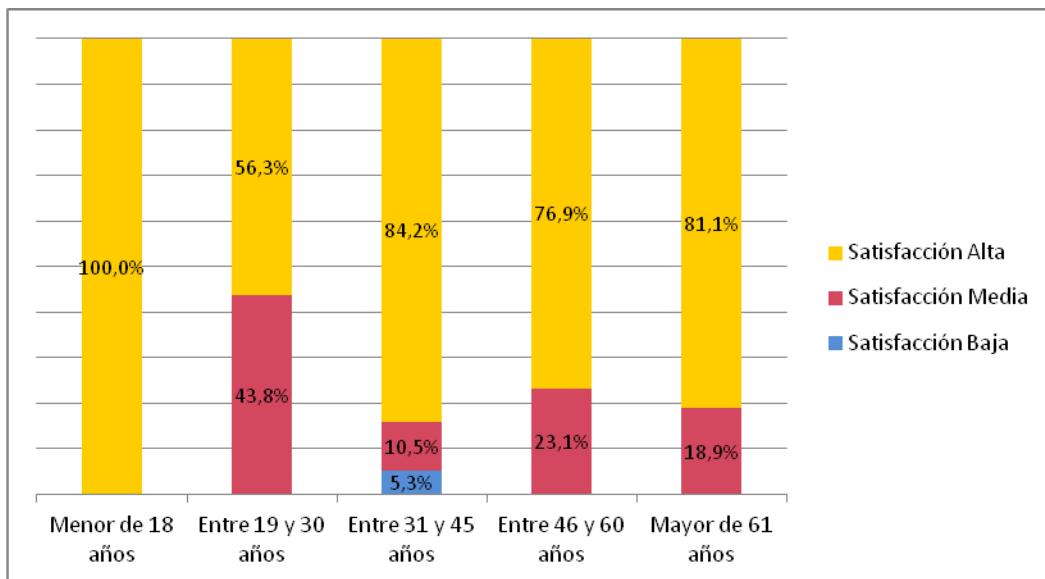
Cuadro N° 104

Estadísticos Resumen: Índice de satisfacción con la Infraestructura y pregunta resumen

	Media	DT
Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención	6,43	1,099
Infraestructura: La comodidad de la sala de espera	5,94	1,196
Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a	6,72	,695
Infraestructura: La limpieza general del establecimiento	6,49	,850
Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera	6,06	1,211
Infraestructura: La temperatura de las salas	6,76	,599
Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles	6,06	1,352
Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera	5,67	1,425
Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?	6,22	,803

En el cuadro presente se puede observar que el aspecto con menor satisfacción en el CRSCO es la presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera, satisfacción baja que se observa en el 10,5% de aquellos entre 31 y 45 años. Por otro lado, la pregunta resumen muestra una satisfacción alta total de 83,6% y media de 16,4%.

Gráfico N° 155
Índice de Satisfacción con la Infraestructura según grupos etario



El índice de satisfacción realizado, mediante el promedio de las frases planteadas sin considerar la pregunta resumen, muestra un 77,6% de satisfacción alta, un 21,6% de satisfacción media y un 0,9% de satisfacción baja. También se observan diferencias según previsión, en cuanto el 88,2% de aquellos del Tramo FONASA A muestran satisfacción alta, con el 81% de FONASA C y sólo el 44,4% de FONASA D lo hace. Por otro lado, el único porcentaje de percepción baja se encuentra en el Tramo FONASA B, con un 1,6%.

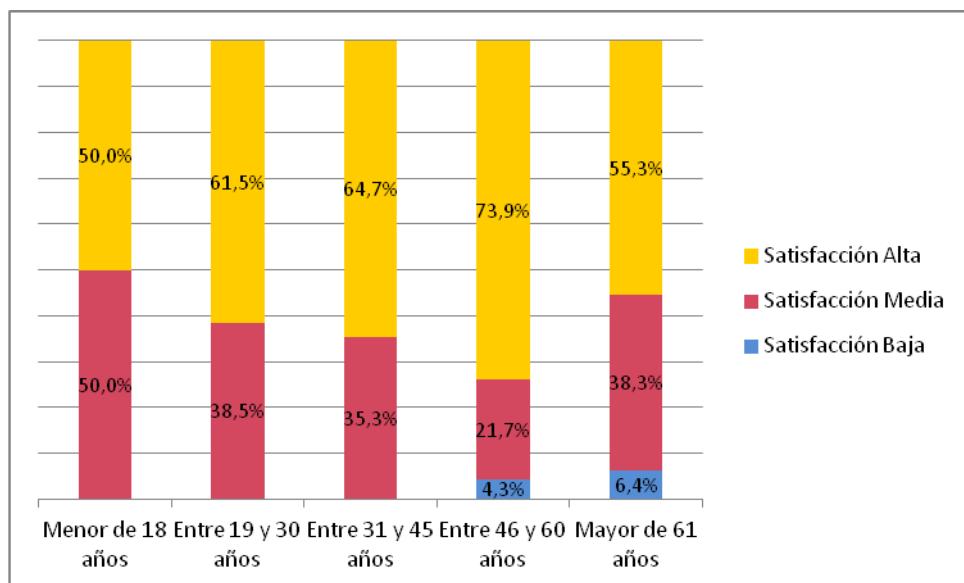
6.7 Áreas de Apoyo

Cuadro N° 105
Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción Áreas de Apoyo y pregunta resumen

	Media	DT
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora	4,51	2,048
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME	6,22	1,031
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS	6,42	,834
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?	6,29	,942

La atención telefónica al solicitar la hora tiene una satisfacción media – baja, teniendo un 30,2% de notas 4 o inferiores, proviniendo la satisfacción baja de un 50% de aquellos entre 31 y 45 años y un promedio de satisfacción baja de 32,6% en los otros grupos etarios; así como de un 64,3% de satisfacción baja de aquellos del Tramo FONASA C, el 42,9% del A y el 28,9% del B. Los otros aspectos evaluados tienen una alta satisfacción, reflejándose en la pregunta resumen en que el 77,9% presenta satisfacción alta y un 22,1% satisfacción media.

Gráfico N° 156
Índice de Satisfacción: Áreas de Apoyo, según grupo etario.



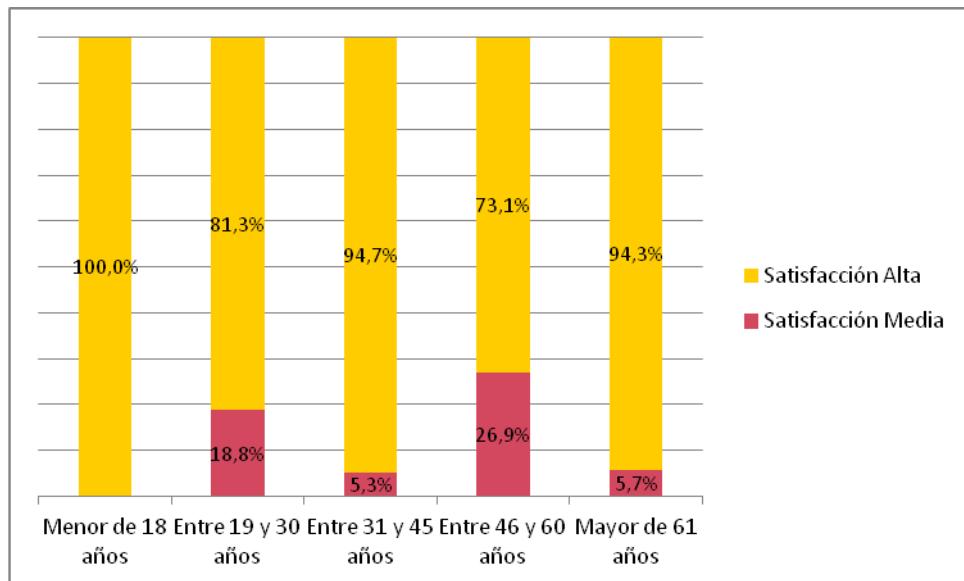
En el gráfico se observan las diferencias según grupos etarios para el índice de satisfacción realizado mediante el promedio (sin considerar la pregunta resumen), en que la satisfacción alta aumenta hasta los 60 años, para luego disminuir y presentarse la satisfacción baja. El índice muestra en general un 61,8% de satisfacción alta, un 34,3% de satisfacción media y un 3,9% de satisfacción baja. En Anexos se presenta las diferencias según previsión.

6.8 Post – Atención

Ante la pregunta “Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta”, hay un 97,4% de satisfacción alta y un 2,6% de satisfacción media (con una media de 6,84 y DT 0,436). Ante esta variable no se observan diferencias según previsión ni edad significativas.

6.9 Satisfacción Global Posterior

Gráfico N° 157
Satisfacción con Post – Atención según grupo etario

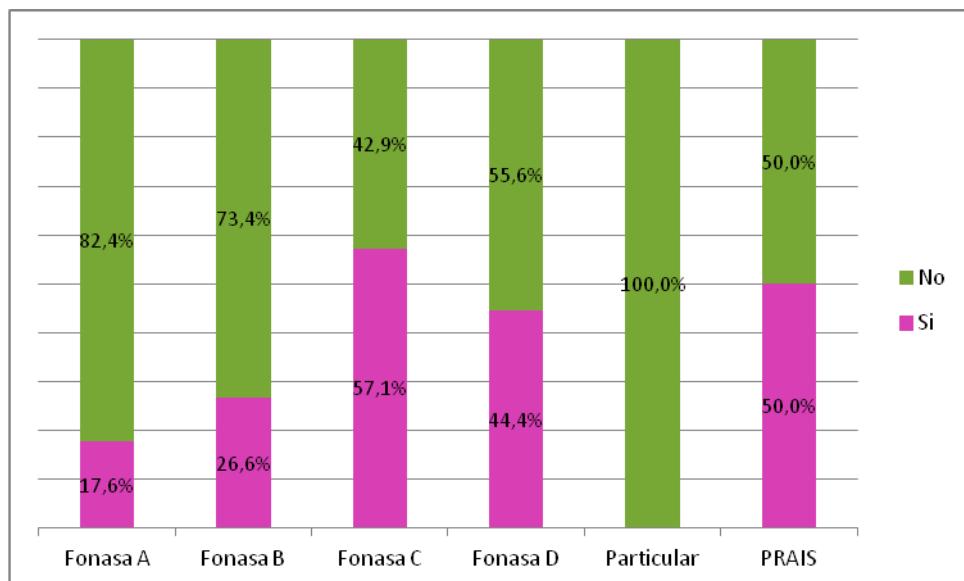


Por otro lado, ante “Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad”, tiene una media de 6,32 y una DT de 0,753, con un total de 87,9% de satisfacción alta y un 12,1% de satisfacción media, sin haber notas inferiores a 4.

En el gráfico se observan las diferencias según grupo etario, siendo menor el porcentaje de satisfacción alta en el grupo entre 46 y 60 años. También se observan diferencias según previsión, en cuanto la satisfacción alta en el Tramo FONASA A es de 88,2%, aumentando a 90,6% en el B y luego disminuyendo a 85,7% en el C y a 66,7% en el D.

6.10 Solución de Problemas

Gráfico N° 158
“Sabe cómo hacer para presentar un reclamo?” según previsión



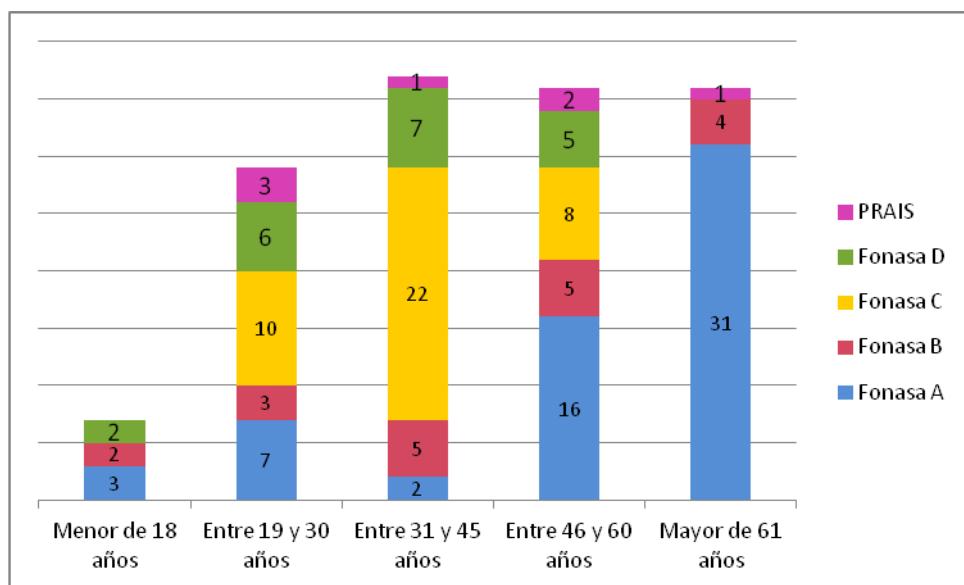
En el CRSCO un 67,2% dice “no” saber cómo presentar un reclamo y un 32,8% “sí” sabe; en el gráfico se pueden observar las diferencias según la previsión del encuestado, donde se puede observar una relación, en los primeros tres Tramos (que se establecen según el ingreso de la persona) sobre si saben o no presentar un reclamo. Ante la pregunta si “ha tenido algún problema en este establecimiento de salud?”, 4 personas (3,4%) responden “sí”, de las cuales dos personas informaron del problema al establecimiento y otras dos no, siendo también que 2 personas (1,7%) responden que su problema “sí” fue solucionado y dos personas “no”. Ante la pregunta si quedó satisfecho con la capacidad del establecimiento para dar solución a sus problemas, 2 personas presentan satisfacción media y 2 personas satisfacción alta (las últimas 3 preguntas las respondieron sólo aquellos que tuvieron algún problema con el establecimiento).

7 HPH

7.1 Descripción de la Muestra

En el HPH se encuestaron a un total de 145 personas, de las cuales un 24,8% es hombre y un 75,2% es mujer. El 4,8% es menor de 18 años, un 20% tiene entre 19 y 30 años, el 25,5% tiene entre 31 y 45 años, un 24,8% entre 46 y 60 años y un 24,8% es mayor de 61 años. Es decir, un 49,6% de personas mayores de 46 años.

Gráfico N° 159
Número de encuestados según grupo etario y previsión



El 98,6% de la muestra es paciente y sólo un 1,4% (2 personas) es acompañante de menor de 15 años. 14 personas se identifican con el pueblo Mapuche. En cuanto a la previsión, un 40,7% está en el Tramo FONASA A, un 13,1% en el B, un 27,6% en el C y un 13,8% en el Tramo D, y un 4,8% tiene PRAIS. El 20,7% de los encuestados vive en La Granja, el 31% en San Ramón y un 48,3% en La Pintana. El 36,6% se ha atendido en el HPH entre 6 y 10 veces, el 17,2% entre 3 y 5 veces, el 6,9% una a dos veces, el 21,4% entre 11 y 15 veces y el 17,9% más de 16 veces; es decir, el 75,9% de los encuestados ha estado más de 6 veces en el Hospital, lo que da una muestra que conoce en varias ocasiones el establecimiento y su personal.

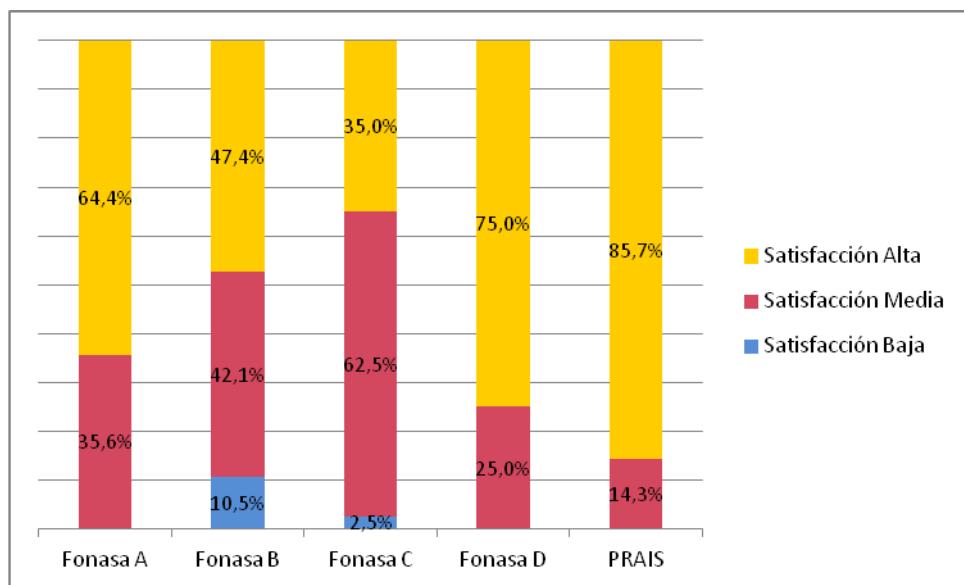
El 98,6% dice haberse atendido con el médico en primera instancia, también el 61,8% se atendió con personal de SOME, un 15,9% con enfermeras, 8,3% con matrona, 7,6% con

personal de OIRS y un 2,8% con técnicos paramédicos. Durante el último año un 44,8% de los encuestados ha venido 1 o 2 veces al Hospital por consultas médicas, un 27,6% entre 3 y 5 veces, un 22,1% entre 6 y 10 veces y un 5,5% más de 11 veces por consultas, con una media de 4,19 y una DT de 3,863.

7.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Ante la pregunta: "Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud" un 58,6% muestra satisfacción alta, un 39,3% satisfacción media y un 2,1% satisfacción baja (con una media de 5,63 y DT de 0,985). Al considerar la inversión que han realizado, en tiempo y dinero, para atender sus necesidades de salud, la satisfacción alta aumenta a un 62,8%, un 35,2% la media y un 2,1% la baja (con una media total de 5,72 y una DT de 0,968).

Gráfico N° 160
Índice de Satisfacción con el Sistema de Salud según previsión



El índice de satisfacción con el Sistema de Salud, realizado a partir del promedio de estas dos variables, muestra un 56,6% de satisfacción alta, un 41,4% de satisfacción media y un 2,1% de satisfacción baja. En el gráfico se observan las diferencias según previsión para el índice creado, también se observan diferencias significativas según grupo etario, siendo que el 69,4% de los mayores de 61 años presenta satisfacción alta, un 51,7% de aquellos entre 19 y 30 años, un 48,6% de entre los 31 y 45 años y un 47,2% de aquellos entre 46 y 60 años.

7.3 Imagen del Sistema de Salud

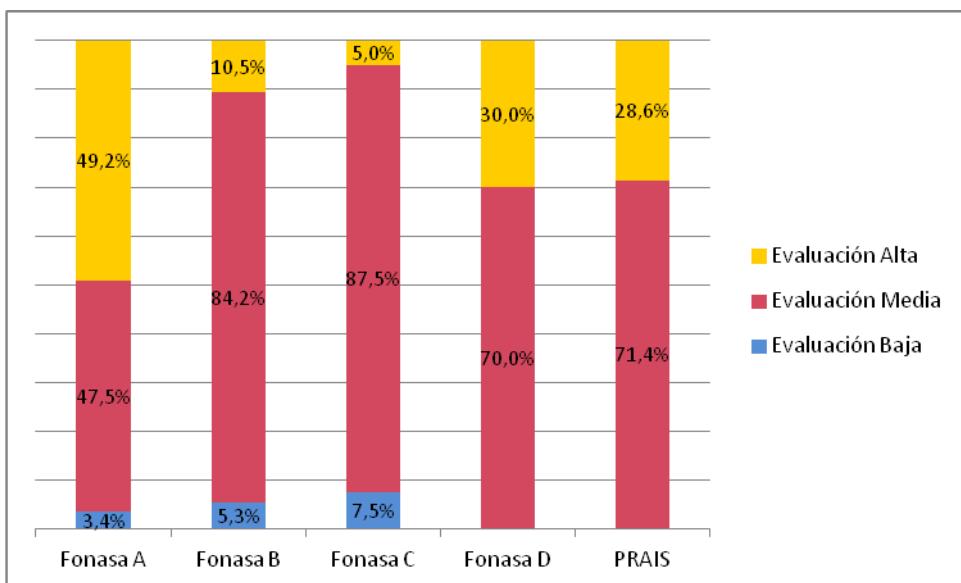
La evaluación que las personas hacen sobre el sistema de salud se indagó en torno a las siguientes afirmaciones:

Cuadro N° 106
Estadísticos Resumen: Índice de Evaluación del Sistema de Salud

	Media	DT
El Sistema de Salud Es moderno	5,76	,881
El Sistema de Salud Brinda seguridad	5,84	,940
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido	4,59	1,170
El Sistema de Salud Es eficiente	5,48	,921
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología	5,86	,770
El Sistema de Salud Es confiable	5,75	,924
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada	5,80	,805
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos	5,58	1,116
El Sistema de Salud Llega a todas las personas	5,05	1,485
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad	5,72	,949

El cuadro presenta los estadísticos resumen (media y desviación típica) para cada una de las variables. En él se puede observar que el aspecto con menor promedio se refiere a la rapidez en la atención, con un 14,5% de evaluaciones bajas. En segundo lugar, es “el sistema de salud llega a todas las personas”, con un 5,05 de promedio y una DT alta; de esta variable sorprende el alto porcentaje de no respuesta (no considerado en los cálculos del promedio), siendo que 57 personas no contestaron a esta pregunta.

Gráfico N° 161
Índice de Evaluación Imagen del Sistema de Salud según previsión

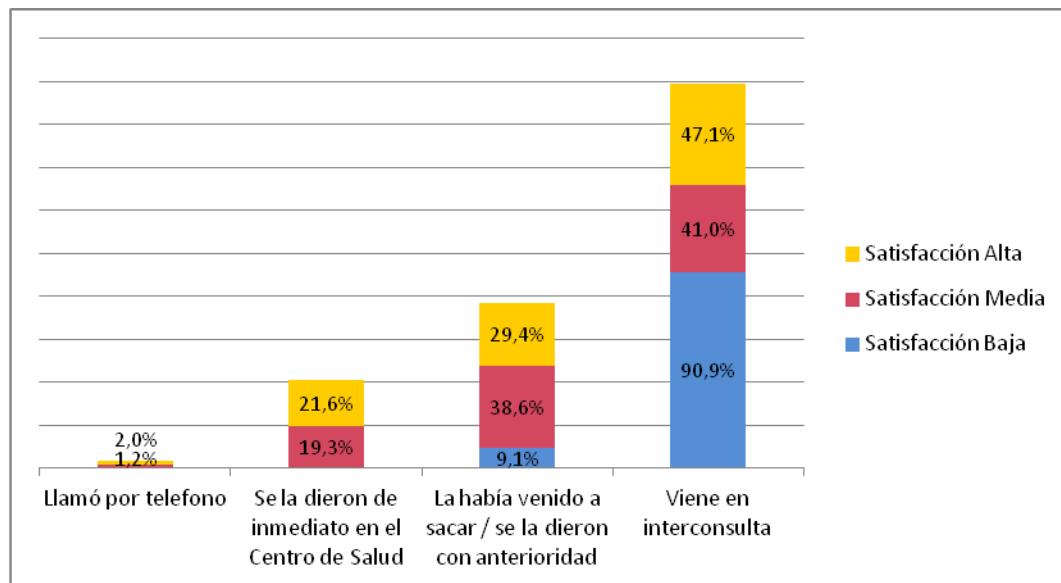


Mediante el promedio de las variables presentadas, se realizó un índice de evaluación, que arroja un 28,3% de evaluación alta, un 67,6% de evaluación media y un 4,1% de evaluación baja. Se puede observar que la evaluación alta disminuye considerablemente entre el Tramo A y C, para luego volver a aumentar en el Tramo FONASA D. Según grupo etario también se observan diferencias significativas, siendo que el grupo que presenta menor porcentaje de evaluación alta es aquel entre los 19 y 30 años, con un 10,3%; mientras aquellos mayores de 61 años presentan un 52,8% de evaluación alta (mayores detalles en anexos).

7.4 Pre - Atención

Un 46,9% de los encuestados viene de interconsulta para la atención del día en que fue encuestados, un 33,1% la fue a sacar o se la dieron con anterioridad, un 18,6% se la dieron de inmediato en el Centro de Salud y un 1,4% llamó por teléfono. En promedio los encuestados esperan 41,54 días desde que lo derivaron de la APS para ser atendido (con un mínimo de 3 días y un máximo de un año), con una DT de 45,691 y una moda de 30 días. Un 28,3% espera entre 3 y 5 semanas, un 36,3% entre 1 y 3 semanas, un 32,4% espera más de 5 semanas y sólo un 2,8% espera hasta una semana.

Gráfico N° 162
Satisfacción con la forma, rapidez y tiempo en que obtuvo la hora según cómo la obtuvo
(en % de satisfacción).



En el gráfico se puede observar el grado de satisfacción con respecto a la modalidad en que tomaron la hora, siendo que el “viene de interconsulta” presenta el mayor porcentaje de satisfacción alta, pero también el de satisfacción baja. En términos generales un 35,2% presenta satisfacción alta, un 57,2% satisfacción media y un 7,6% satisfacción baja. Las diferencias según edad muestran que, por ejemplo, los mayores de 61 años presentan un 47,2% de satisfacción alta, contra un 24,3% de aquellos entre 31 y 45 años. Por otro lado, según previsión, el 47,5% de FONASA A presenta satisfacción alta, contra el 31,6% del Tramo B y el 15% del Tramo C, el 30% del D y el 71,4% del PRAIS que presentan satisfacción alta, siendo diferencias significativas.

7.5 Atención

7.5.1 Personal Auxiliar

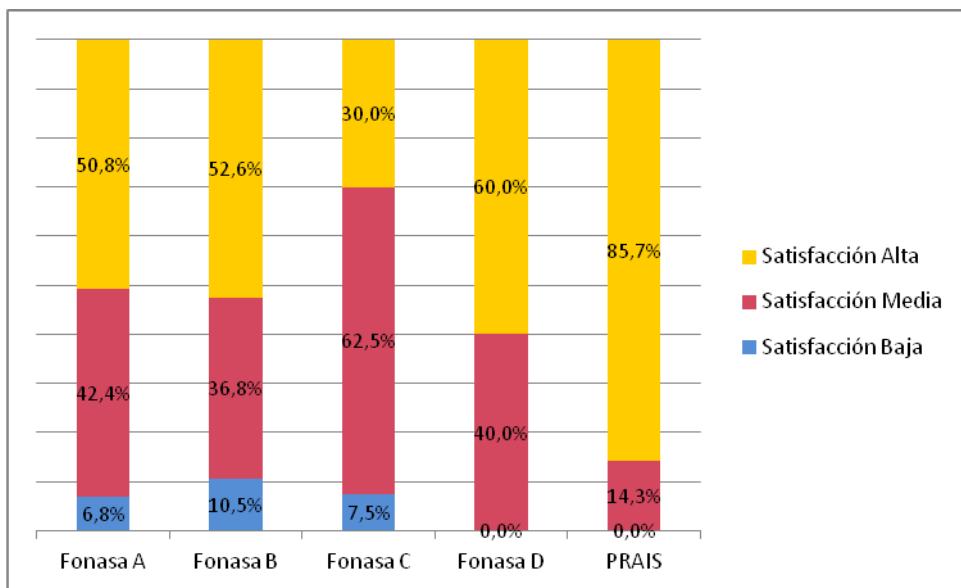
Cuadro N° 107

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar y pregunta resumen.

	Media	DT
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo	5,51	,869
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar	5,74	1,213
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)	5,65	1,205
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)	5,57	1,295
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)	5,53	1,297
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?	5,61	1,191

En el cuadro se presentan las variables que fueron consideradas en el Índice de Satisfacción con el Personal Auxiliar, que no consideró la última, siendo resumen. En el cuadro se aprecia que no hay mayor diferencia en los promedios que obtiene cada variable ni en la DT para cada una. La pregunta resumen muestra un 55,9% de satisfacción alta, 40% media y 4,1% baja.

Gráfico N° 163
Índice de Satisfacción con el Personal Auxiliar según previsión



El índice realizado muestra un total de 48,3% de satisfacción alta, un 45,5% de satisfacción media y un 6,2% de satisfacción baja. Las diferencias según grupo etario muestran que son los menores de 18 años (con un 85,7%) y los mayores de 61 años (con un 58,3%) que presentan mayor satisfacción alta. Mientras que el mayor porcentaje de satisfacción baja se encuentra entre los 31 y 45 años (8,1%) y los 46 y 60 años (8,3%).

7.5.2 Personal Profesional

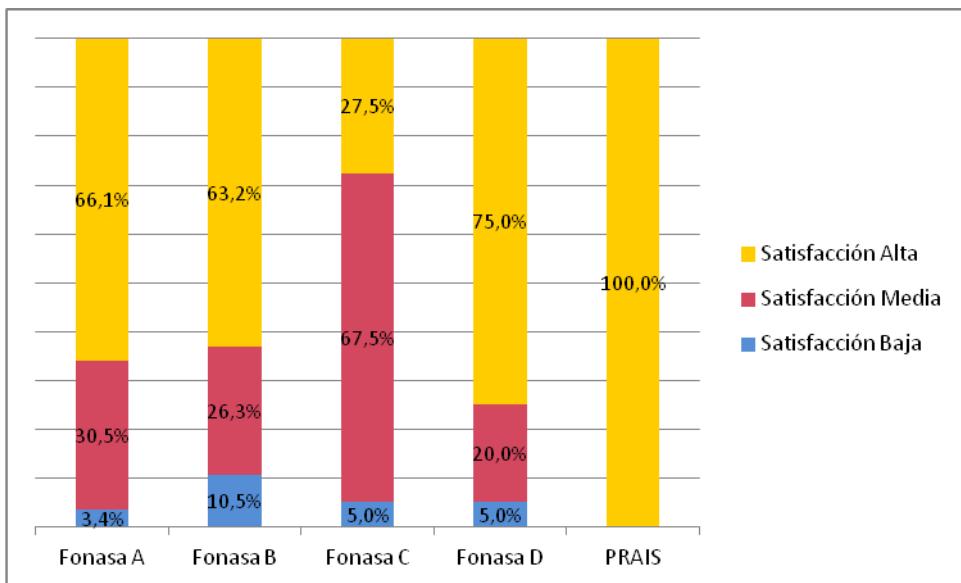
Cuadro N° 108

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Personal Profesional y pregunta resumen

	Media	DT
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo	5,29	1,125
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)	6,06	1,085
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)	6,23	,998
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)	6,11	1,094
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)	6,05	1,108
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)	5,90	1,159
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)	5,68	1,374
La confianza que le generó (del personal profesional)	6,03	1,067
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?	5,99	1,077

En el cuadro se puede apreciar que el aspecto con menor nota con respecto al personal profesional es la cantidad disponible, con un 55,9% de satisfacción media, un 40,7% de satisfacción alta y un 3,4% de baja. Por otro lado, el aspecto mejor evaluado es la amabilidad y cortesía del personal profesional, con un 82,8% de satisfacción alta. La pregunta resumen, presenta un 73,1% de satisfacción alta, un 24,1% de satisfacción media y un 2,8% baja.

Gráfico N° 164
Índice de Satisfacción con el Personal Profesional según previsión



El índice realizado, que no consideró la pregunta resumen, presenta un total de 57,9% de satisfacción alta, un 37,2% de media y un 4,8% de baja. Las diferencias por edad muestran que aquellos mayores de 61 años presentan el mayor porcentaje de satisfacción alta (66,7%) y el 100% de los menores de 18 años. Por otro lado, aquellos entre 31 y 45 años presentan un 51,4% de satisfacción media. Las diferencias según previsión se pueden observar en el gráfico, siendo que la menor satisfacción alta se observa en el Tramo de FONASA C.

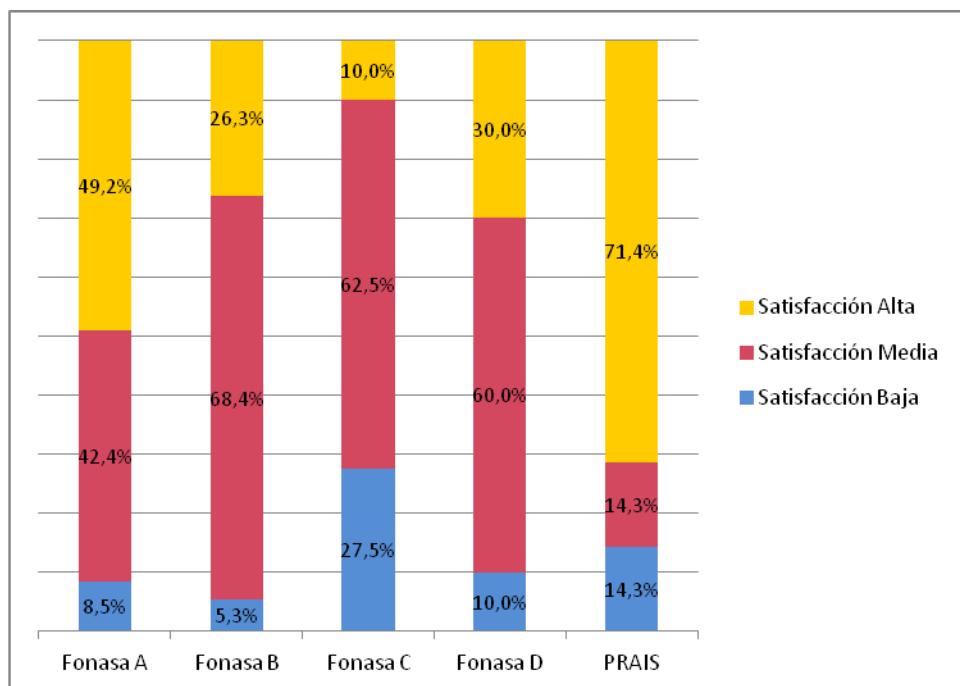
7.5.3 Tiempo de Espera

Cuadro N° 109
Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con tiempos de espera y tiempo de espera para la atención.

	Media	DT
El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran	5,03	1,236
El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria	5,05	1,266
¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación? (en minutos)	49,59	35,928

En cuanto al “tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo atendieran” hay un 37,2% de satisfacción alta y un 51,7% de satisfacción media y un 11% baja. En cuanto al tiempo de espera desde la APS, hay un 39,3% de satisfacción alta, un 49,7% media y un 11% baja. Para ambas preguntas aquellos que presentan mayor porcentaje de satisfacción alta son los menores de 18 años y los mayores de 61 años, y aquellos pertenecientes al Tramo FONASA A y al PRAIS. Los encuestados esperan un promedio de 49,59 minutos para que lo atendieran desde la hora de citación, lo que puede explicar el bajo porcentaje de satisfacción alta.

Gráfico N° 165
Índice de Satisfacción: Tiempos de Espera según previsión



El índice creado con las dos primeras preguntas indica un 33,8% de satisfacción alta, un 52,4% de satisfacción media y un 13,8% baja. En el gráfico se muestran las diferencias según previsión, siendo que aquellas con mayor porcentaje de satisfacción es el Tramo A y PRAIS, aunque predomina la satisfacción media y baja para la mayoría. Por edad, el grupo que presenta menor porcentaje de satisfacción alta es entre aquellos de 19 a 30 años (17,2%) y entre los 31 y 45 años (21,6%).

7.6 Infraestructura

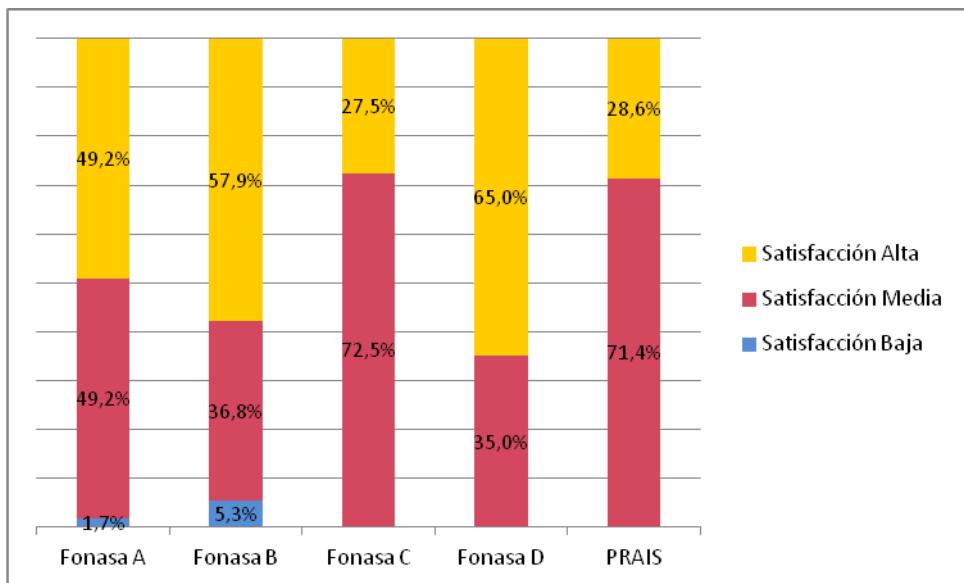
Cuadro N° 110

Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Infraestructura y pregunta resumen

	Media	DT
Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención	6,77	,472
Infraestructura: La comodidad de la sala de espera	5,67	1,185
Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a	6,54	,646
Infraestructura: La limpieza general del establecimiento	5,93	1,075
Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera	5,12	1,330
Infraestructura: La temperatura de las salas	6,37	,842
Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles	5,05	1,447
Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera	4,12	1,734
Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?	5,58	,940

Los aspectos evaluados con menor nota son la “cantidad, limpieza y ubicación de los baños”, con un 41,9% de satisfacción alta, un 42,6% media y un 15,4% baja; y la “presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera”, con un 22,5% alta, 42,8% media y un 34,8% de satisfacción baja. La pregunta resumen muestra un 60% de satisfacción alta, un 39,3% media y un 0,7% baja.

Gráfico N° 166
Índice de Satisfacción con Infraestructura según previsión



El índice realizado muestra un 45,5% de satisfacción alta, un 53,1% de media y un 1,4% de baja. Las diferencias que se observan según grupo etario muestran que aquellos con mayor porcentaje de satisfacción alta son aquellos menores de 18 años (71,4%) y los mayores de 61 años (63,9%), mientras que el grupo entre los 46 y 60 años sólo un 27,8% muestra satisfacción alta.

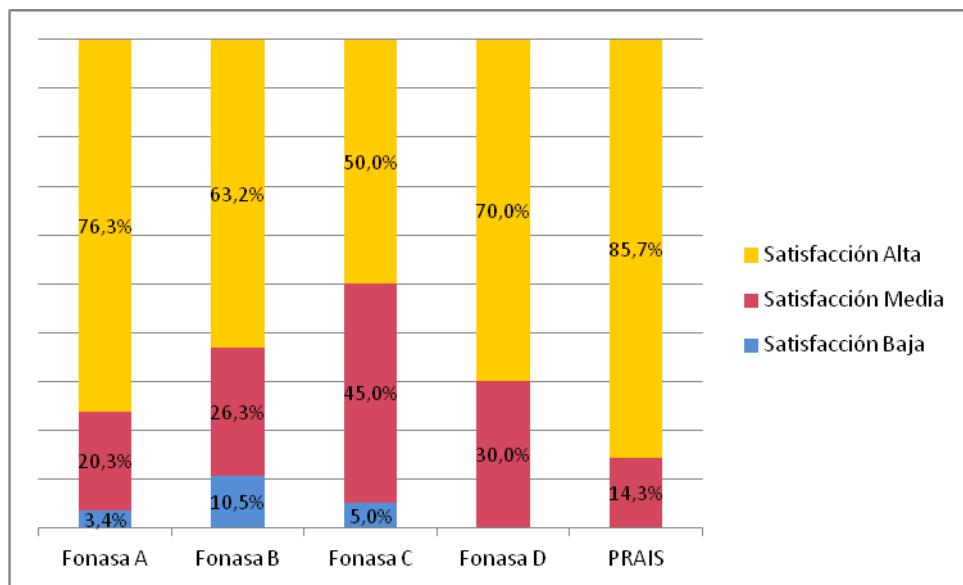
7.7 Áreas de Apoyo

Cuadro N° 111
Estadísticos Resumen: Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo y pregunta resumen.

	Media	DT
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora	4,42	1,562
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME	5,93	1,008
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS	5,98	1,067
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?	5,95	1,013

El aspecto peor evaluado es la atención telefónica al solicitar la hora (importante recordar que sólo el 1,4% de los encuestados obtuvo su hora para que lo atendieran llamando por teléfono).

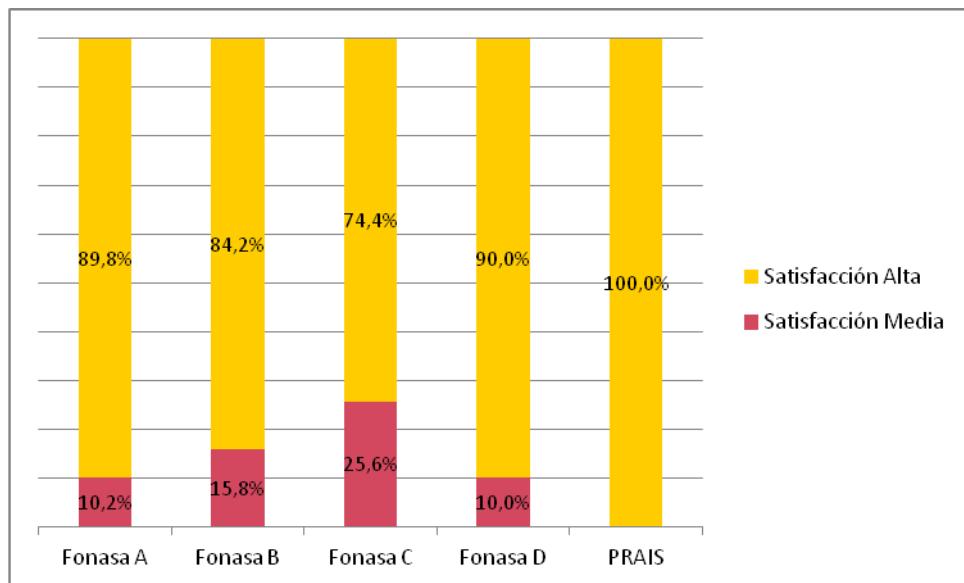
Gráfico N° 167
Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo según previsión



El índice de satisfacción realizado muestra un 66,9% de satisfacción alta, un 29% de satisfacción media y un 4,1% de satisfacción baja. Nuevamente ante este índice, aquellos que presentan mayor porcentaje de satisfacción alta son los menores de 18 años (100%) y los mayores de 61 años (88,9%), mientras que aquellos entre 46 y 60 años presentan un 47,2% de satisfacción alta.

7.8 Post – Atención

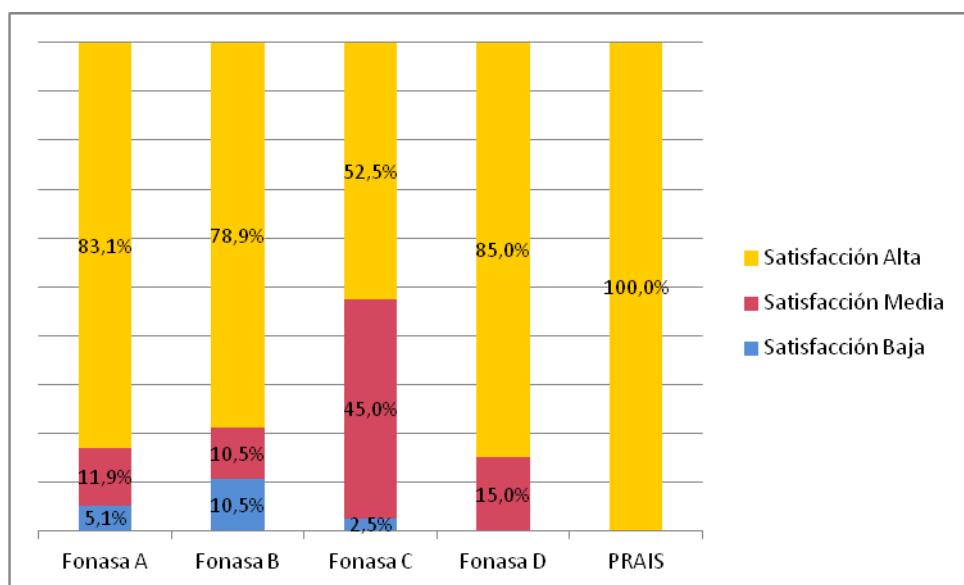
Gráfico N° 168
Satisfacción Post – Atención según previsión



Ante la pregunta: “Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta” hay un 85,4% de satisfacción alta y un 14,6% de satisfacción media. Por edad también se observan diferencias significativas en la satisfacción alta: el 93,1% de aquellos entre los 19 y 30 años, el 78,4% entre los 31 y 45 años, el 80% entre los 46 y 60 años y el 88,9% de los mayores de 61 años.

7.9 Satisfacción Global Posterior

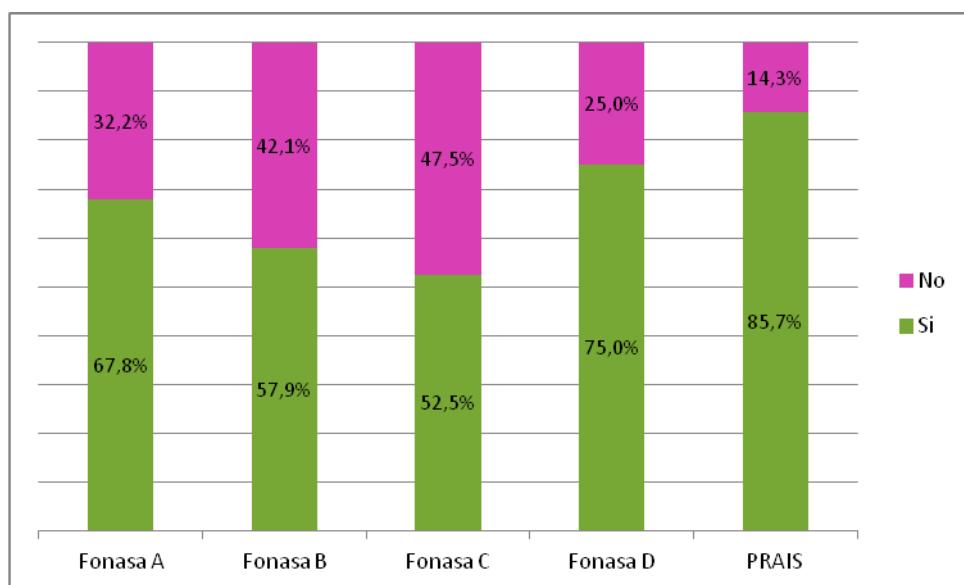
Gráfico N° 169
Satisfacción Global Posterior según previsión



"Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad", considerada como la satisfacción global posterior, muestra un 75,2% de satisfacción alta, un 20,7% de satisfacción media y un 4,1% de satisfacción baja.

7.10 Solución de Problemas

Gráfico N° 170
“¿Sabe cómo presentar un reclamo?” Según previsión



En el HPH, el 64,1% de los encuestados “si” sabe cómo hacer un reclamo y un 35,9% dice “no”. Ante la pregunta “si ha tenido algún problema en este establecimiento de salud?”, sólo 15 personas (10,3%) dice “si”, de ellos, 8 personas informaron al establecimiento del problema, y 4 personas dicen que su problema “si” fue solucionado y 7 personas “no”. La satisfacción que presentan con la capacidad del establecimiento de resolver su problema es de 5 personas baja, 3 personas media y 3 personas alta (las diferencias en la suma de aquellos que contestaron “si” haber tenido un problema con el establecimiento, a quienes se le plantearon las preguntas siguientes, se debe a aquellos que no contestaron).

8 Conclusiones y otras consideraciones

Se considera que es de suma importancia la aplicación de estos instrumentos para conocer la percepción y evaluación que la población hace de los servicios de salud, en sus diversos ámbitos (atención primaria, ambulatoria, urgencia, hospitalización, etc.). Por un lado esto fortalece el contacto del establecimiento con la comunidad, permitiéndoles conocer cuáles son las inquietudes y problemas que tiene la población en miras de la mejora continua y de ofrecer un servicio que responda a dichas inquietudes. Por otro lado, releva la importancia de la opinión de los usuarios, que tienen una necesidad de expresar, y al darles ese espacio, generar un acercamiento con su centro de salud que tienen un efecto positivo en cuanto a autocuidado, asistencia a controles, entre otros.

Así, es importante contar con un sistema de evaluación continua de los usuarios externos, que permita medir su satisfacción con las distintas dimensiones del servicio, y que esta apreciación sea tomada en cuenta en las decisiones, siendo que los pacientes y usuarios son el objetivo y razón de ser de los establecimientos de salud.

En este sentido se debe contar con un sistema único y validado de medición, que permita hacer comparaciones a nivel nacional, para los distintos establecimientos y servicios que ofrece. Se considera que este es un deber del Estado, por lo que es muy valioso el haber comenzado con esta iniciativa en el año 2009, con una muestra representativa a nivel nacional. Sin embargo, este proceso se puede autonomizar, es decir, hacerlo menos dependiente de políticas de nivel central, que requieren movilizar gran cantidad de recursos, y dar la posibilidad que los SS puedan aplicarlo el instrumento acordado en el momento que le parezca pertinente (los SS aplican este tipo de encuestas pero no existe una normativa en cuanto a instrumento, muestra, periodicidad, etc. que permita una mayor utilidad de las mismas.). Para esto se debiera adaptar el cuestionario y analizar la mejor manera de hacerlo de forma de mantener la confiabilidad de los datos.

Es importante considerar:

1. Al realizar comparaciones, es fundamental tener presente los diferentes contextos y condiciones, sociales, económicas y culturales, de la población a la que se está encuestando.
2. Se debe considerar que los usuarios, habitualmente, recorren diferentes establecimientos dentro de un Red, desde la atención primaria, y al preguntarles por su experiencia con respecto a, por ejemplo, el personal profesional, hay probablemente una asociación de todas estas experiencias en los distintos niveles, siendo muy difícil disociar los resultados de un establecimiento de la red de otro. Por otro lado, se debe considerar que aunque el instrumento que se utilice para medir sea

el mismo (la encuesta) y teóricamente esté midiendo el mismo fenómeno, hay diferencias estructurales y sistémicas, como las anteriormente mencionadas, que es importante tener en cuenta, principalmente al momento de hacer comparaciones.

3. Por último, se considera de suma importancia dar a conocer los resultados de esta encuesta, principalmente a los trabajadores de los establecimientos, creando instancias que involucren a todos los interesados para mejorar aquellos aspectos que deben ser mejorados y felicitar por aquellos que están bien evaluados. Esto debe ser un compromiso de parte de la dirección del establecimiento, para con sus pacientes y sus funcionarios.

En base al análisis de las encuestas a usuarios externos realizadas por GSC, y aquellas del Estudio MINSAL, así como del conocimiento acumulado en esta evaluación, se puede concluir:

- Los tiempos de espera son un tema relevante, tanto en los EE como en los NO EE, influenciando la imagen que las personas tienen del Sistema de Salud y su percepción general respecto del establecimiento, siendo uno de los factores con menor satisfacción en el estudio realizado. Sin embargo, es importante mencionar que los EE logran disminuir estos tiempos de manera considerable en relación a los NO EE, según lo muestra esta encuesta²¹⁷
 - En este sentido es importante analizar los procesos para identificar aquellos cuellos de botella que puedan estar impactando en una mayor espera
 - Identificar si se debe a la demanda insatisfecha
 - Verificar si los sistemas de priorización de pacientes son adecuados y suficientes.
- Es importante dar a conocer y fortalecer la instancia del OIRS, como un espacio donde los pacientes y usuarios de los establecimientos de salud, puedan manifestar sus inquietudes y problemas. En este sentido, siendo muy alto el porcentaje de personas que no saben cómo presentar un reclamo, se hace recomendable dar a conocer las instancias y medios para hacerlo, así como asegurar que éste será atendido.
- Se debe indagar en los problemas que hay en cuanto a la atención telefónica, por su bajo porcentaje de utilización y su mala evaluación. Se considera que este es un servicio que se puede potenciar y ampliar, por ejemplo, considerando el alto nivel de inasistencia de pacientes a las consultas médicas, se podría reducir utilizando teléfono y mensajería SMS o similares para recordar y confirmar horas.

²¹⁷ En relación a espera para la atención desde la hora de citación, la media en minutos de los EE va de 57 a 49 con una DT de 39 a 35. Para los No EE, la media es de 135 con una DT de 130.

En cuanto a la espera en la derivación desde la APS en días, en los No EE la espera sobre las 10 semanas alcanza el 27,3% siendo que en los EE este porcentaje alcanza un 14%.

Hay una relación entre la evaluación de la Imagen del Sistema de Salud, con la evaluación que hacen del establecimiento en específico. Esto se puede observar claramente en los índices aplicados, en donde el Sistema de Salud es mejor evaluado en el CRSCO (que es también el EE que tiene mejor evaluación) lo que se condice también con la evaluación que tiene el SSMO (al cual pertenece el CRSCO), que en muchos de los aspectos evaluados por el Estudio MINSAL, aparece también como uno de los mejores evaluados. Otro ejemplo es el CRSIM, que tiene el Índice de Satisfacción Global con menor porcentaje de satisfacción alta, así como algunos índices con menor nota, al igual del SS al cual pertenece (SSMC), cuyos índices son comparativamente menos satisfactorios que otros SS.

Esto da cuenta de lo mencionado anteriormente con respecto a la importancia de analizar los resultados en su contexto, reconociendo que el establecimiento, cualquiera que sea, pertenece a una red, dentro de la cual el usuario se mueve.

Por último, otro aspecto que se considera importante de incorporar es la participación de la comunidad en los establecimientos de salud, tanto en los espacios formales de participación (como los Consejos Consultivos), como en aquellas menos formales o establecidas (como los grupos de apoyo a pacientes). Es decir profundizar en el estudio sobre ¿qué tipo de participación es?, ¿quiénes participan?, ¿cuál es la opinión de los participantes sobre estas instancias?, ¿qué percepción tienen sobre la resolutividad que tienen estas instancias. De esta forma, es posible fortalecerlas, ya que la satisfacción del usuario externo no es sólo una tarea del usuario interno, sino que se produce de la interacción que entre ellos se dé. En esto, los canales de comunicación son fundamentales.

Capítulo 7

Formularios Revisión Documental

El objeto de incorporar esta actividad como parte de la metodología, dice relación con:

- Valorar los conocimientos actuales a nivel nacional e internacional en temas de gestión hospitalaria
- Proveer de un marco conceptual y teórico complementario
- Identificar otras ideas de “mejores prácticas” susceptibles de ser replicadas en Chile

Los temas específicos alrededor de los cuales se ha realizado este trabajo dicen relación con aquellos sujetos a evaluación en este estudio; a los documentos aquí presentadas, se agregan las referencias a temas adicionales que han sido considerados para complementar información o análisis, pudiéndose encontrar ambos referencias en pie de página.

Las fuentes de información han sido artículos ubicados en distintos medios, principalmente por internet, como BIREME, LILACS, JSTOR, entre otros. Se agregan Ministerios de Salud (u organismos equivalentes), así como documentación de organismos internacionales como la OMS / OPS, Banco Mundial, OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), la Unión Europea, entre los principales.

La herramienta para la sistematización de la información recopilada son las fichas bibliográficas que se presentan a continuación. Se entregará en formato digital los 40 artículos originales al momento de la entrega del Informe Final en su versión definitiva.

Índice Formularios Revisión Documental:

Nº Formulario	Título (en español)	País / Organismo
1	Estrategia del Banco Mundial para resultados de Salud, Nutrición y Población. Desarrollo Saludable. Anexo L: “¿Qué es un Sistema de Salud?”	BM
2	Las misiones del hospital	Francia
3	CIRCULAR N°DHOS/03/2006/506 de 1 de diciembre 2006 relativa a la hospitalización a domicilio	Francia
4	Estudio sobre los modos de participación de usuarios ciudadanos en la toma de decisiones en salud. Por un debate ciudadano sobre la salud más activo	Francia
5	Jurados Ciudadanos – Modelo para involucrar a la comunidad en la política en salud.	Australia
6	Ánalisis cruzado de países sobre eficiencia en el sector de salud de la OCDE: Opciones para la investigación	OCDE
7	Diseños de Evaluación para suficiencia, credibilidad y probabilidad de desempeño e impacto de un programa de salud pública.	Inglaterra
8	Diagnóstico Hospitalario Flash. Bases de comparación	Francia
9	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación para la mejora de la calidad en la Estrategia de Salud Familiar (Tríptico Informativo) • Proyecto de Evaluación para la Mejora de Calidad (AMQ) de la Estrategia de Salud Familiar. Informe de Atención Básica. • Guía Rápida del aplicativo digital AMQ. • Evaluación para la Mejora de Calidad de la Estrategia de Salud Familiar. Guía de Implementación Municipal AMQ. • Evaluación para la Mejora de Calidad de la Estrategia de Salud Familiar. Cuaderno de Auto-evaluación nº2. Coordinación Municipal de la Estrategia de Salud Familiar. 2005. 	Brasil
10	Programa nacional de salud pública2003-2012, actualizado en 2008	Canadá
11	Evaluación como aspecto crítico de la evaluación de impacto en salud: la experiencia Inglesa.	Inglaterra
12	Plan Hospital 2012	Francia
13	Modelización de Recursos Humanos en Salud: desafiando el pasado, creando el futuro.	Canadá
14	Capacidades en Salud pública en América Latina y el Caribe. Evaluación y fortalecimiento.	OPS / OMS

15	Apoyar la infraestructura de salud pública: un mandato para su renovación, en <i>Lecciones de la crisis del SARS: renovación de la salud pública canadiense</i> . Cap. 4, p.73-92.	Canadá
16	Recursos sanitarios y Salud Pública. Objetivos estratégicos. Factores de éxito y resistencias al cambio.	España
17	Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina	Argentina
18	Redes de Salud. Guía de evaluación.	Francia
19	La evaluación de las redes de salud. Desafíos y recomendaciones	Francia
20	Capítulo 16 - "Prioridades en la organización de la atención a la salud en España" en Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. La Gaceta Sanitaria.	España
21	Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto	España
22	Referencial de evaluación de los centros de salud	Francia
23	¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales	España
24	Rendimiento y eficiencia del gasto en salud según provincias.	Argentina
25	Los costos de la calidad y de la no-calidad de la atención en los establecimientos sanitarios: situación actual y proposiciones	Francia
26	Aumentando la eficiencia del sector público en Eslovaquia	OCDE
27	La regulación del Financiamiento en el sistema de salud canadiense.	Canadá
28	Presentación de la Reforma de la Gobernancia Hospitalaria.	Francia
29	Implantación del nuevo modelo de gestión hospitalaria pública a través de la organización social.	Brasil
30	Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales.	OPS / OMS
31	Foro de Participación ciudadana en salud	Francia
32	Tecnología de la Información en Salud (TIS). ¿Puede la TIS bajar los costos y mejorar la calidad?	Estados Unidos
33	Costos y Beneficios de Tecnologías de Información en Salud	Estados Unidos
34	Comparación entre Modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencia de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcom Baldrige. Situación frente a la ISO 9000.	España
35	Evaluación de impacto y resultado. Preguntas y Lecciones Aprendidas – Sector Salud – Unidad de Evaluación de la Comisión Europea	Comisión Europea
36	Creación de capacidades en la gestión de recursos humanos para la reforma del sector salud y las organizaciones e instituciones que integran el sector	Estados Unidos
37	Guía para el autodiagnóstico de prácticas de gestión en establecimientos de salud.	Francia
38	Sistemas de Salud: eficiencia e instituciones.	OCDE

39	Mejorar la relación costo – eficacia de los sistemas de salud	OCED
40	La importancia de la gestión de recursos humanos en salud: un contexto global.	Canadá

A continuación se presentan los Formularios de Revisión Documental

Nº Formulario	1
País	
Autor	Banco Mundial
Titulo	Estrategia del Banco Mundial para resultados de Salud, Nutrición y Población. Desarrollo Saludable. Anexo L: “¿Qué es un Sistema de Salud?” (The World Bank Strategy for HNP Results. Healthy Development. Annex L.: “What is a health system?”)
Fuente	http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,contentMDK:21010634~menuPK:282527~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282511,00.html
Año publicación	2007
Contenido	<p>Un sistema de salud está compuesto por diferentes partes: pacientes, familias y comunidades, Ministerio de Salud, proveedores de salud, organizaciones de servicios de salud, compañías farmacéuticas, cuerpos de financiamiento en salud y otras organizaciones. Las interconexiones de un Sistema de Salud pueden ser vistas como las funciones y roles jugados por cada una de esas partes. Esas funciones incluyen: supervisión (por ejemplo: formulación de políticas, regulación), provisión de servicios de salud (por ejemplo: servicios clínicos, promoción de salud), financiamiento y gestión de recursos (por ejemplo: farmacéuticos, equipamiento médico, información). Describiendo las partes, interconexiones y propósitos, Roemer (1991) define el Sistema de Salud como “la combinación de recursos, organización, financiamiento y gestión que culmina en la entrega de servicios de salud a la población”. La OMS (2000) redefine el propósito principal en su definición de salud como “todas las actividades cuyo propósito principal es promover, restablecer y mantener la salud”.</p> <p>Los Sistemas de Salud son sistemas abiertos, ya que múltiples factores fuera del sistema influencian la salud de las personas, como la pobreza, educación, infraestructura, y el contexto social y político más amplio. Las diferentes partes del sistema de salud operan a múltiples niveles.</p> <p>Es importante considerar el Sistema de Salud como un sistema complejo y adaptativo, ya que esta visión tiene implicancias importantes en los enfoques para influenciar los sistemas de salud para producir mejores resultados, o hacerlo de manera más eficiente y equitativa.</p> <p>El interpretar las partes y funciones del sistema de salud se puede hacer de manera independiente, pero es ‘más poderoso’ para mejorar la salud de las personas el tomar las partes en su conjunto.</p> <p>Las funciones del Sistema de Salud:</p> <p><u>Administración</u>: establece el contexto y el marco de políticas para todo el sistema. Su función es generalmente (pero no siempre) una responsabilidad gubernamental. Una función central de la administración es generar los datos necesarios y apropiados para la definición de políticas sectoriales.</p>

	<p><u>Provisión de servicios de salud públicos y privados:</u> es el producto más visible del sistema de salud. “Entregar servicios de salud, aunque es parte esencial de lo que el sistema hace – pero no es lo que el sistema es” (OMS 2000)</p> <p><u>Inputs del servicio de salud:</u> administración de recursos.</p> <p><u>Financiamiento del Sistema de Salud:</u> incluye recaudación de ingresos; <i>risk pooling</i> (se refiere a la recaudación y gestión de recursos financieros de manera de repartir el riesgo de un individuo a un grupo de miembros. La participación en <i>risk pooling</i> es esencial para asegurar la protección financiera); y compra estratégica.</p> <p>Las características principales de un sistema complejo y adaptativo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elementos adaptables, que aprenden y cambian. - Contexto: relevante ya que una parte afecta a la otra. Así, optimizar una parte del sistema puede llevar a un desempeño pobre de otra parte o del sistema en general. - Orden inherente en cuanto a menudo se auto-organizan; diferentes tipos de proveedores, organizaciones, asociaciones y comportamientos emergen continuamente, sea formal o informalmente. - No es predecible en detalle. <p>Este enfoque del sistema de salud como complejo y adaptativo, más que una visión mecánica, tiene implicancias prácticas, en cuanto significa gastar menos tiempo en programas o planes detallados, así como es menos importante buscar el enfoque “correcto” de financiamiento u organización para un país o contexto. Significa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprender el contexto y buscar conexiones entre las partes (programas, demanda y oferta, actores y sectores), anticipando consecuencias y puntos de influencia. - Concentrarse en reglas simples para producir resultados complejos. - Comprender como la estructura organizacional influencia el comportamiento. - Utilizar los datos para guiar la toma de decisiones.
No. Páginas	4
Ref. Doc. Elect.	R_Form_1
Observación	Es importante conocer los aspectos teóricos de qué es un Sistema de Salud, comprender sus diferentes aspectos para poder analizarlo, diagnosticarlo y realizar las modificaciones necesarias para que cumpla su objetivo.

Nº Formulario	2
País	Francia
Autor	Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, LARCHER Gérard.
Titulo	Las misiones del hospital (“Les missions de l’hôpital”)
Fuente	http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml
Año publicación	2008
Contenido	<p>El documento fue elaborado para reflexionar sobre los cambios necesarios al sistema de salud para dar respuesta con calidad e igualdad a las necesidades de los ciudadanos. Las proposiciones de la comisión están planteadas en cuatro áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acondicionar las relaciones entre el mundo hospitalario y su entorno para responder mejor a las necesidades de los pacientes y asegurar la continuidad del cuidado: <ul style="list-style-type: none"> - adecuación del cuidado, desarrollando una oferta adecuada mediante una reorganización de la misma, adaptada a los pacientes. - asegurar la continuidad en el trayecto del cuidado; evaluación de las prácticas profesionales; integrar la dimensión social y médico social de la hospitalización. - desarrollar formas de ejercicio pluridisciplinarias en función de las realidades locales. - mejorar la organización de cuidados no programados. 2. A nivel de territorios, organizar la oferta de cuidados hospitalarios para ofrecer mejor calidad del servicio al mejor costo: <ul style="list-style-type: none"> - favorizar el desarrollo de complementariedades entre hospitales públicos de un mismo territorio. - habilitar las condiciones de hacerse cargo de la oferta de cuidados de parte de las clínicas privadas, desarrollando nuevas formas contractuales con el sector público. 3. Asegurar el futuro del hospital público y garantizar su dinamismo: <ul style="list-style-type: none"> - mejorar las reglas de gestión interna del hospital público para mejorar su dirección. - dinamizar la gestión de directores de hospital. - modernizar el status del hospital público, en cuanto a libertad de organización, flexibilización de procedimientos. - desarrollar la eficiencia, centrando el control del hospital bajo la eficiencia y la calidad, valorizando las herramientas - ofrecer a los médicos marcos de ejercicio flexibles y que agreguen valor, unificando el marco contractual para hacerlo más atractivo, favorizando el ejercicio mixto. - desarrollar las perspectivas de profesionales no médicos. 4. Desarrollar la enseñanza y la investigación <ul style="list-style-type: none"> - reforzar la gestión de la enseñanza y de la investigación, a través de un comité interministerial a nivel nacional, la implementación de una agencia de medios y evaluación, articulación de convenciones entre hospitales y universidades. - subsidiar los equipos de enseñanza y de investigación. - adaptar la formación médica y paramédica a las necesidades regionales, enriqueciendo los contenidos y diversificando el perfil de los estudiantes, reforzando la formación médica continua en hospitales.

	- apoyar y valorizar el dinamismo en la investigación, simplificando su marco jurídico, desarrollando colaboración con la industria y ampliando los campos de investigación.
No. Páginas	172
Ref. Doc. Elect.	R_Form_2

Nº Formulario	3
País	Francia
Autor	Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Annie PODEUR
Titulo	CIRCULAR N°DHOS/03/2006/506 de 1 de diciembre 2006 relativa a la hospitalización a domicilio ("CIRCUAIRE N°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. ")
Fuente	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf
Año publicación	2006
Contenido	<p>La circular define el rol específico de la hospitalización a domicilio (HAD) y su rol dentro del sistema sanitario, clarificando su organización y misión.</p> <p>Una de las características fundamentales de la HAD es que se hace cargo de pacientes con patologías múltiples, lo que hace que sea de carácter generalista y polivalente.</p> <p>La estructura de la HAD representa también un lugar privilegiado para la práctica de residentes, internos, alumnos de enfermería, entre otros. Esta posibilidad debe fortalecerse en el futuro.</p> <p>La HAD debe tomar en cuenta el ambiente sanitario y médico – social que participa en el cuidado del paciente.</p> <p>Los actores internos a la HAD son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico coordinador: responsable del paciente. • Enfermeras de administración: aseguran las funciones de coordinación de cuidado. • Enfermeras: ejecutan el protocolo de cuidado y comunican los elementos clínicos útiles en el cuidado del paciente. Participan en la elaboración de protocolos y su re-evaluación. • Actores sociales: son profesionales importantes en el marco de la HAD. El servicio social evalúa las posibilidades de redes familiares y sociales para garantizar que las condiciones sean adecuadas para regresar a su domicilio. Por otro lado, el protocolo de cuidado toma en cuenta la necesidad de ayudas suplementarias (comida a domicilio, cuidado a domicilio, trabajadora social, etc). Este aspecto también debe ser re-evaluado periódicamente. • Psicólogos: el acompañamiento psicosocial durante la HAD es a menudo necesario y a veces esencial, tanto para el paciente como para los familiares. <p>El desarrollo de la HAD debe ser integrado en las políticas regionales y traducirse en el desarrollo de lugares existentes y la creación de otros suplementarios, especialmente en aquellas zonas donde aún no existe. Se solicita a las autoridades (regionales y locales) el desarrollo del potencial de recepción, con los establecimientos de salud y las estructuras de HAD, sean públicas o privadas, de pacientes para HAD.</p> <p>Tomando en cuenta la coordinación y profesionalización de esta manera de cuidado que se desea organizar, se puede considerar que el nivel de actividad mínima deseable corresponde a 9.000 días de hospitalización por año y por estructura.</p> <p>Es necesario una planificación regional y un régimen de autorizaciones simplificado para ayudar a este desarrollo.</p> <p>Para mejorar el seguimiento del desarrollo de la HAD, el Ministerio solicita a cada</p>

	región de entregar a fin de año una tabla con los objetivos asignados a 5 años para asegurar la cobertura, en la región, de HAD, con los siguientes indicadores: número de estructuras; número de hospitalizaciones por año; porcentaje del territorio cubierto por esas estructuras; número de días de HAD por cada 100.000 habitantes.
No. Páginas	9
Ref. Doc. Elect.	R_Form_3 (a-b-c)
Observación	<p>Sobre la hospitalización a domicilio en Francia:</p> <p>http://vosdroits.service-public.fr/F732.xhtml</p> <p>La HAD es una estructura de cuidados alternativos a la hospitalización. Permite asegurar al paciente en el domicilio de los cuidados médicos y paramédicos necesarios, por un periodo de tiempo limitado, pero renovable en función de la condición del paciente. Tiene por finalidad evitar o acortar la hospitalización en establecimiento de salud.</p> <p>Desde febrero del 2007 los establecimientos de alojamiento para personas mayores o casas de retiro, bajo ciertas condiciones y sujeta a convención, pueden ser utilizadas para HAD.</p> <p>Las patologías susceptibles de ser recibidas en este tipo de estructuras son cada vez más: por ejemplo: oncología, ortopedia, enfermedades perinatales, neurología, geriatría, cardiología, psiquiatría.</p> <p>http://www.istud.it/up_media/knocking/cadis.pdf : "La Hospitalización a Domicilio en Ile-de-France".</p> <p>La HAD aparece en Francia en 1956, y es reglamentado en 1992, precisando luego en el año 2000 los criterios de admisión y las modalidades para los diferentes tipos de cuidados.</p> <p>El documento es una presentación sobre la HAD en la Region de Ile de France, por una estructura en particular, especificando su funcionamiento, equipo de profesionales, tipo de intervención, entre otros.</p> <p>http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf : "La hospitalización a domicilio, un apoyo dirigido a todos los pacientes"</p> <p>El artículo presenta un análisis de bases de datos del 2006 con 84.983 estancias distintas observadas en Francia Metropolitana. A través de esta presentan el perfil de los pacientes en HAD, los cuidados administrados y como la HAD se situa en la trayectoria del cuidado.</p> <p>En 2006 más de 2 millones de días de HAD fueron realizadas en Francia Metropolitana. Los pacientes, de todas las edades, son sobre todo hombres adultos y jóvenes madres. Responden a situaciones clínicas muy diversas, de entre los cuales un 30% son fuertemente dependientes. Los cuidados paliativos, la oncología y las enfermedades perinatales, son los principales motivos de admisión de pacientes en HAD.</p> <p>Gracias a esta medida, una hospitalización en establecimiento de salud a sido acortado por un paciente de cada tres y evitado en un paciente de cada tres.</p> <p>http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf : "La hospitalización a domicilio, una alternativa económica para el cuidado y la posterior readaptación"</p> <p>La HAD representa una alternativa interesante en términos económicos (se plantea por ejemplo que la creación de 10.000 plazas de HAD para hacerse cargo de pacientes que necesitan cuidados de rehabilitación o acompañamiento, representaría una economía de cerca de 350 millones de euros por año).</p>

	<p>El documento hace un análisis económico de las ventajas de la HAD, las posibilidades de economía, comparaciones de costos, entre otros.</p> <p>Sin embargo, la HAD debe tomar en cuenta el medio ambiente socio-familiar del paciente, su capacidad de asumir directamente la ayuda si es necesario, y sobretodo, respetar los deseos del paciente y su entorno.</p>
--	---

Nº Formulario	4
País	Francia
Autor	Planète Publique
Titulo	Estudio sobre los modos de participación de usuarios ciudadanos en la toma de decisiones en salud. Por un debate ciudadano sobre la salud más activo ("Pour un débat citoyen : étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé")
Fuente	http://www.sante.gouv.fr/participation-des-citoyen-ne-s-en-sante.html
Año publicación	2011
Contenido	<p>Estudio realizado entre septiembre del 2010 a abril del 2011 a partir de análisis documental y de una cincuentena de entrevistas.</p> <p>El estudio se separa en los siguientes apartados (presentados en forma de fichas en documentos separados) en su análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> Conocimiento "erudito" y "profano" <p>La expertice técnica o científica juega un rol preponderante en la jerarquía implícita de saberes en el ámbito de la salud (entre los decidores, pero también a nivel de la prensa y de la opinión pública), en relación al saber 'profano' de los pacientes y familiares. Ésta viene, en primer lugar, de una experiencia individual, que plantea la cuestión de la legitimidad, que ha aumentado a partir de esta competencia.</p> <p>El reconocimiento de esta legitimidad se traduce, por el momento, en la toma en cuenta creciente de la "perspectiva del paciente" en los procesos de elaboración de protocolos de cuidado y en documentos de información destinados al público (promoción y prevención). Sin embargo está lejos de ser sistemática y considerada por la comunidad científica.</p> <p>En Francia, hay dos ejemplos que muestran la tendencia progresiva a un acercamiento entre la esfera de conocimiento científico y aquél del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formación de representantes asociativos en el INSERM²¹⁸, en el marco de grupo de reflexión con las asociaciones de enfermos. - La puesta en práctica de un marco de cooperación con las asociaciones de pacientes y usuarios (documento que tiene como principio el reconocimiento y la formalización de la expertice de los pacientes y usuarios, que se traduce por la aplicación a estos representantes, en un mismo nivel que los expertos científicos, el status de experto; es decir, la obligación de una declaración pública de intereses, regla de confidencialidad de documentos, y remuneración correspondiente a la participación en comisiones o grupos de trabajo). <p>En paralelo, las asociaciones desarrollan o se involucran en la realización de estudios en el área científica y médica, reforzando sus conocimientos y así, su legitimidad.</p> <p>La participación de representantes de pacientes y usuarios son generalmente</p>

²¹⁸INSERM: *Institut National de la santé et de la recherche médicale* (Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica). Instituto creado en 1964 como establecimiento público de carácter científico y tecnológico, bajo la doble tutela del Ministerio de Salud y del Ministerio de la Investigación. Es el único organismo público de investigación francés que se dedica por completo a la salud humana

	<p>reconocidos por los expertos científicos y técnicos que han desarrollado este hábito de trabajo en común. Esta participación aporta en una experiencia (que puede equilibrar un punto de vista demasiado científico y explicar por qué algunos protocolos o dispositivos no funcionan en parte de la población) y una apertura hacia otras preguntas, en particular filosóficas, éticas o sociales.</p> <p>El reconocimiento de esta competencia específica pasa por diferentes vías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una mejora de las condiciones estatutarias y materiales - Un reconocimiento por parte del mundo científico - La consideración de las condiciones materiales - La puesta en práctica de reglas que permiten relacionar el poder de la intervención a la representatividad de diferentes tipos de usuarios y problemáticas, así como de su capacidad federativa. <p>La implicancia de usuarios en lugares de expertise se confronta a algunos límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El riesgo del ‘usuario profesional’ que participa en muchas instancias y se aleja del terreno - El riesgo del ‘paciente sabio’, que pasa a ser experto de su patología - La ilusión de un ciudadano ‘lambda’ (medio) <p>2. Participación de los excluidos</p> <p>Las personas en situación de precariedad, la dificultad de acceso a cuidados médicos y a la prevención hacen parte de factores que pueden contribuir a hacer emergir o agravar problemáticas de salud. Si aquellos se ven en dificultades de participar del sistema de salud por razones prácticas o por una situación médica, hacen pasar la dimensión colectiva a un segundo plano.</p> <p>Una de las primeras condiciones para la participación en materia de salud para las personas en situación de exclusión es de movilizarlas sobre la importancia de su propia salud en relación a otras urgencias que encuentran (empleo, vivienda, etc.), donde los problemas de salud pueden pasar por secundarios, mientras que la resolución de los problemas sociales constituye un proceso integrado.</p> <p>Las orientaciones actuales se enfocan en incluir a las personas en situación de exclusión en dispositivos de derecho común, más que en dispositivos dedicados (específicos). Esto ya que evita de acrecentar el sentimiento de estigmatización, y esta inclusión puede ser beneficiosa para el resto de la población.</p> <p>3. Indemnización de los participantes</p> <p>Se refiere a la remuneración que deben recibir los participantes según lo indica el Código de Salud Pública.</p> <p>4. Internet</p> <p>En los últimos años se ha constatado un fuerte aumento en el poder del internet en el dominio de la salud. 1 de cada 5 pacientes busca información médica y de salud sobre internet y el 22% de la población utiliza internet para informarse sobre el hospital (en Francia). La multiplicación de formatos y de contenidos (aun inciertos en su calidad) es una fuente progresivamente reconocida por los usuarios.</p> <p>La posibilidad para los usuarios del internet de mantener el anonimato puede permitir de ampliar los temas tratados, principalmente sobre temas íntimos o socialmente desvalorizados.</p> <p>El uso de internet puede modificar la relación entre el ‘erudito’ y el ‘profano’, ya que la búsqueda por internet es radicalmente diferente a la relación ‘tradicional’, entre el</p>
--	--

	<p>paciente y el profesional de la salud, ya que ésta es autónoma y proactiva, más que pasiva. Por otro lado, el internet puede modificar la relación entre los usuarios y los actores institucionales, permitiendo un acceso 'directo' a la palabra de los ciudadanos, siendo así un factor de desintermediación en relación a la toma de la palabra por asociaciones organizadas. Por último, las informaciones disponibles en internet, sean oficiales o de intercambios entre pacientes sobre los fórum, permite la emergencia de la figura del consumidor informado, que efectúa una opción en su comportamiento de salud, en cuanto elegir su establecimiento de atención (comparación de resultados), lo que puede ejercer una presión sobre los profesionales de la salud.</p> <p>5. Salud comunitaria</p> <p>La salud comunitaria se funda en grandes principios: la salud ligada a un conjunto de factores (demográficos, geográficos, sociales, económicos...) que no influyen sólo al individuo, sino a toda la población (comunidad); estos factores están repartidos de manera desigual en el territorio. La medicina, el sistema de cuidado y las políticas públicas no aportan siempre un enfoque suficientemente global de salud. Y los comportamientos individuales son difíciles de cambiar (no se trata de hacer para la gente sino con la gente).</p> <p>Los efectos esperados y/o observados de la salud comunitaria son a diferentes niveles que interactúan los unos con los otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos individuales: aumento de la autoestima, disminución de ciertos comportamientos de riesgo, - Efectos organizacionales: reforzamiento del dialogo entre los habitantes y la administración, desarrollo de la solidaridad, ampliación de la cooperación inter-profesional e inter-institucional, - Efectos colectivos: mejora de las condiciones de vida en un establecimiento escolar o un lugar de trabajo, - Efectos sociales: mejora de la salubridad de un barrio, mejora de la seguridad de un territorio, - Efectos políticos: compromiso en la vida política. <p>6. Grupos ciudadanos</p> <p>Se refiere a las diferentes formas de reunión de ciudadanos no organizados en instancias participativas, la articulación con el debate público y ciertos ejemplos en Francia.</p> <p>7. Transparencia</p> <p>La transparencia constituye una de las condiciones de la democracia sanitaria, y supone la posibilidad de acceder a la información situada más allá de la apariencia inmediata. Sobre la aplicación del principio de la transparencia en los distintos componentes del sistema de salud surgen los temas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los hombres: cuestión de la representación y de la representatividad, así como la problemática del conflicto de interés. - Las herramientas: ¿qué soportes permiten la accesibilidad, la circulación, pero también la protección de los datos?
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Las organizaciones y dispositivos: ¿qué apertura de espacios de decisión? - Los procesos o modalidades de expresión: ¿cuál definición de reglas del juego? ¿Cuáles son los procedimientos o prácticas obligatorias o esperables en la materia? <p>Los medios de transparencia desarrollados actualmente en el sistema de salud francés conciernen principalmente a los hombres (declaración pública de interés, acuerdo de asociaciones) y las herramientas (acceso a la información). El desafío es establecer los medios de transparencia a los dispositivos y procesos. En este sentido, se desarrollan las siguientes pistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir las reglas del juego a través de una guía o carta de la transparencia, y comunicar sobre su principio. - Generalizar y acompañar las obligaciones de hacer público - Sistematizar la difusión de procesos de decisión y de debates que lleven a la decisión. - Organizar sesiones “abiertas al público” de ciertas instancias. - Desarrollar la comparabilidad de datos, así como el ‘open data’. - Integrar oficialmente las asociaciones no acordadas en ciertos lugares. <h4>8. Evaluación de participación</h4> <p>La evaluación ciudadana implica asociar a los ciudadanos en las diferentes fases de la evaluación, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de la pregunta evaluativa: elegir el sujeto de evaluación, delimitar el perímetro de la evaluación, definir las preguntas evaluativas y los criterios de juicio para responderlas; - Colecta de datos: determinar el método de evaluación, construir las herramientas, organizar y colectar los datos; - Gestionar del proceso; - Producción del juicio de valor: analizar los datos para producir un juicio de valor sobre la espera de los objetivos y producir recomendaciones, luego seguir las decisiones tomadas. <p>Esta se mantiene una práctica rara dentro del sector salud. Raramente se les da la posibilidad a los ciudadanos de ser parte de la evaluación al mismo nivel que otras categorías de actores públicos, socioeconómicos o asociativos.</p> <p>La participación ciudadana a la evaluación permite una apertura a la experiencia de uso de ciudadanos, que constituye una mirada diferente a otros puntos de vista. En segundo lugar, ésta revela ser particularmente pertinente sobre los temas controvertidos, donde la reflexión ciudadana presente un interés por ir más allá de donde la expertice clásica encuentra sus límites. En tercer lugar, su simple existencia en los procesos de evaluación dinamiza el proceso y mejora la legitimidad de la evaluación, y así, las orientaciones que de ella surjan. Por último, la participación ciudadana facilita el compromiso, limita los bloqueos y hace las recomendaciones más operacionales, haciendo la toma de decisión más rápida y transparente.</p>
--	--

	<p>Los límites de la participación ciudadana en la evaluación pueden ser técnicos (dificultad de encontrar ciudadanos que quieran participar), operacionales (equilibrar la expresión de diferentes grupos de interés ante los ciudadanos) o políticos (en que las autoridades públicas pueden encontrarse en una situación difícil por el hecho de la visibilidad del proceso; por otro lado, los riesgos ‘pseudo-democráticos’, en que unos ciudadanos pueden imponer su punto de vista sobre otros.</p> <p>9. Alerta</p> <p>Se refiere al llamado de alerta sobre riesgos para el hombre o el medio ambiente, la tensión que puede generarse por el reconocimiento (de parte de científicos, políticos, económicos y sociales) del riesgo y los diferentes canales para hacer notar este riesgo, estudiarlo y evaluarlo.</p> <p>10. Crisis Sanitaria</p> <p>El involucramiento de los ciudadanos en la gestión de crisis sanitarias (críticas desde los años 80 con el SIDA, vaca loca, gripe aviar, gripe H1N1, etc) debe entenderse como parte de la estrategia de resolución de la crisis y puede realizarse en todas las etapas (anticipación, detección, evaluación, resolución). Se trata de responsabilizar a los ciudadanos a los desafíos y riesgos potenciales.</p> <p>11. Debate Público</p> <p>Discute las características del debate público y aquellas especificidades del sector salud, cuáles son los objetivos del debate, como se definen los temas a debatir, quienes participan del debate, como conducir un “buen debate” y el seguimiento que se haga de los resultados del debate.</p> <p>12. Investigación y Participación</p> <p>La investigación constituye un desafío importante para los pacientes y sus representantes en cuanto puede aportar a mejorar el conocimiento sobre una enfermedad y el progreso científico y técnico susceptibles de mejorar la calidad de vida de los pacientes o curarlos. Las asociaciones de usuarios se involucran más o menos activamente en el dominio de la investigación.</p> <p>Las asociaciones de pacientes o de familiares juegan un rol importante en cuanto difunden los conocimientos y avances científicos hacia los pacientes y contribuyen a hacer conocida una enfermedad así como facilitar su diagnóstico.</p>
No. Páginas	15 documentos, con un total de 218 páginas. (cada uno se obtiene del mismo link)
Ref. Doc. Elect.	R_Form_4

Nº Formulario	5
País	Australia
Autor	Merrian Oliver-Weymouth
Titulo	Jurados Ciudadanos – Modelo para involucrar a la comunidad en la política en salud. (“Citizens' Juries - A Model for Involving the Community in Health Policy”)
Fuente	Health Issues, Number 64, pp.32-35. http://www.healthissuescentre.org.au/documents/detail.chtml?filename_num=206782
Año publicación	2000
Contenido	<p>Cada vez más, la participación de consumidores en las decisiones sobre el tratamiento ha sido un foco en la gestión del cuidado en salud. El interés está ahora cambiando a un modelo de participación de los consumidores, no sólo como pacientes, sino como ciudadanos con el derecho a participar en la distribución de recursos y otras preocupaciones de política en salud. El artículo examina el intento de Australia Occidental (<i>Western Australia Department</i>) de adaptar el concepto de “jurado ciudadano” como un modelo para ampliar el rango de consumidores comprometidos en el desarrollo de políticas en Australia.</p> <p>En el caso en estudio, se formaron “jurados ciudadanos”, que fueron seleccionados aleatoriamente (excluyendo aquellos que trabajan en el sector salud) para asistir a un taller del Departamento de Salud y participar en el desarrollo de la política en nombre de una comunidad en particular. El objetivo era de discutir y desarrollar “sus ideas sobre distribución de recursos en salud y desarrollar una lista de principios que deben ser considerados al tomar decisiones sobre dinero y salud”. La característica crítica del “jurado ciudadano” es que se actuará sobre sus recomendaciones. De este modo, el compromiso hecho por ciudadanos comunes de su tiempo y energía tiene un resultado. El veredicto del jurado no es vinculante y no es necesario que sea unánime.</p> <p>Esta experiencia sugiere que los “jurados ciudadanos” pueden ser una manera poderosa y sistemática de conectar la política en salud con las preocupaciones de la comunidad y asegurar que exista dialogo entre los múltiples interesados en la sociedad australiana. Los consumidores que participaron en esta conferencia estaban convencidos que la participación de la comunidad en las decisiones de salud es crucial.</p> <p>El incluir a aquellos usuarios que son dependientes del sistema, sea como pacientes o como cuidadores, puede no capturar la diversidad de miradas y valores entre los otros ciudadanos, cuyo aporte es también crucial para la sustentabilidad de las decisiones de políticas en salud. Métodos como los “jurados ciudadanos” tienen el potencial de proveer un proceso de benchmarking crítico para la toma de decisiones en salud y una mayor aceptación de parte de la comunidad.</p> <p>La limitante principal de este enfoque consiste en su costo y su naturaleza de auto-selección de la participación, haciéndola principalmente atractiva para aquellos que son más educados. Por lo tanto es un enfoque que necesita ser complementado con otros enfoques para involucrar a la población.</p>
No. Páginas	4
Ref. Doc. Elect.	R_Form_5

Nº Formulario	6
País	
Autor	OECD (Unto Häkkinen and Isabelle Joumard)
Titulo	Análisis cruzado de países sobre eficiencia en el sector de salud de la OCDE: Opciones para la investigación. ("Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: Options for research")
Fuente	Economics Department Working Papers, no. 554. http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_34587_38667503_119684_1_1_1,00.html
Año publicación	Mayo 2007.
Contenido	<p>Un desafío clave en la mayoría de los países de la OCDE es mejorar los resultados del sistema de salud conteniendo sus costos presentes y futuros. Países 'benchmarking' e identificar las mejores prácticas para aumentar el costo-efectividad del gasto público podría, en esta mirada, ser un ejercicio útil. Para esto se requiere: primero, la selección apropiada de indicadores de efectividad del gasto y la examinación de datos relevantes; segundo, la identificación de un marco institucional y político que son conducentes a un alto rendimiento en el sector salud.</p> <p>El artículo argumenta que las medidas de eficiencia pueden proceder de 3 niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema: los resultados del sistema de salud pueden ser definidos como aquellos cambios en el estado de salud de la población que pueden ser atribuibles al gasto público en salud (posible de ser medido en QALY's o por muertes evitables, aunque este último es incompleto). La principal ventaja del análisis a nivel de sistema es que puede, en principio, dar cuenta de las interacciones entre las diferentes partes del sistema de salud y la distribución de recursos en aquellas partes. La principal desventaja de medir los resultados basándose en indicadores crudos del estado de salud es que el último depende de muchos otros factores además del gasto público en salud. - Enfermedad: como en el caso de análisis a nivel de sistema, los resultados a nivel de enfermedad se pueden medir de la misma manera, así como por mortalidad asociada a enfermedades específicas. Otros indicadores relevantes que pueden ser usados incluyen tasas de mortalidad, esperanza de vida, tasas de recurrencia, complicaciones, readmisiones y transferencias a cuidados crónicos. Medidas de <i>inputs</i> no están disponibles en este nivel. La principal ventaja de este nivel de análisis es que se han desarrollado medidas valiosas de resultados. La principal desventaja es que no permite evaluar el impacto de servicios específicos (paciente ambulatorio y farmacia en particular) en resultados, ya que la información a menudo no está disponible. - Sub-sector: en general, el análisis puede ser más fácil para hospital y cuidado de paciente crónico que para otros sub-sectores (como ambulatorio and farmacia). Los resultados en salud son a menudo función de esfuerzos a través de más de un sector, haciendo difícil en la práctica de desenredar la contribución de cada sub-sector individual. Por lo tanto, medir a nivel de sub-sector debe estar normalmente basado en resultado, usando sea indicadores imperfectos (como días cama o egresos) o preferiblemente indicadores de resultados basado en la clasificación de Grupos Relacionados Diagnóstico (GRD). En cuanto a los <i>inputs</i>, los datos (de la OCDE) son incompletos a este

	<p>nivel. La ventaja de este análisis es que la eficiencia puede ser fácilmente relacionada con las características institucionales seleccionadas. La dificultad es controlar para <i>case mix</i> y por la calidad del cuidado. Más aun, eficiencia y distribución de recursos a través de los sub-sectores no puede ser tratado.</p> <p>Cada uno de los enfoques tratados tiene sus ventajas. El enfoque a nivel de sistema es el más adaptado al propósito de relacionar resultados con instituciones, pero, es importante ver cómo controlar el gran número de factores sin-política que afectan el estado de salud, o el análisis tendría que esperar la emergencia de un cuerpo de datos de alta calidad sobre resultados o productos/servicios en salud. El enfoque de enfermedad es atractivo en cuanto la interferencia de estos factores es menor, pero el enfoque es necesariamente selectivo. Por último, el enfoque de sub-sector puede entregar información útil sobre la eficiencia en la entrega de determinados productos pero dificulta el evaluar como esto contribuye a mejorar los resultados en salud y relacionarlos con la compleja interacción entre los diferentes sectores de salud. En términos generales, los enfoques pueden ser vistos como complementarios y corroborativos, más que exclusivos.</p>
No. Páginas	38
Ref. Doc. Elect.	R_Form_6

Nº Formulario	7
País	Inglaterra
Autor	JP Habicht, CG Victoria and JP Vaughan
Titulo	Diseños de Evaluación para suficiencia, credibilidad y probabilidad de desempeño e impacto de un programa de salud pública. ("Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health program performance and impact")
Fuente	International Journal of Epidemiology 1999; 28: 10-18. http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/short/28/1/10
Año publicación	1999
Contenido	<p>El artículo argumenta que es esencial discutir el porqué se evalúa un programa, ya que la respuesta es fundamental para definir el diseño de la evaluación. La discusión se centra en una suma de evaluaciones de efectividad de proyectos a gran escala, tomando ejemplos del área de la salud y la nutrición.</p> <p>Parte de la base que las evaluaciones son para influenciar las decisiones, y por tanto, dependen de quien sea el decisor y qué tipo de decisiones se van a tomar en base a la evaluación, definiendo también qué información se requiere y con qué profundidad. Basado en el tipo de decisión que se pueda tomar, un marco específico debe ser propuesto para decidir un diseño de evaluación apropiado. Su primer eje concierne los indicadores de interés (provisión, utilización de servicios, cobertura e impacto). El segundo eje se refiere al tipo de inferencia (si será declaración de suficiencia (<i>adequacy</i>), de credibilidad (<i>plausibility</i>) o probabilidad).</p> <p>Adicionalmente a los factores ya mencionados, otros afectan la elección de un diseño de evaluación, como la eficacia de la intervención, el ámbito de conocimiento, oportunidad (<i>timing</i>) y costos.</p> <p>El artículo muestra ejemplos de los dos ejes de clasificación, así como de los factores adicionales, "para ayudar a los decisores y evaluadores a llevar las necesidades de evaluación – el porqué – a un diseño apropiado – el cómo".</p> <p>El artículo contiene una tabla de ejemplos con 'preguntas' y posibles indicadores; también una de las características de evaluaciones de suficiencia (<i>adequacy</i>), de credibilidad (<i>plausibility</i>) y probabilidad, mostrando los diferentes tipos de evaluación, las medidas para cada uno, la población objetivo, los puntos de comparación y las inferencias posibles de cada tipo de evaluación. Estos muestran de manera esquemática conceptos que pueden ser interesantes para el diseño de una metodología.</p> <p>Plantea también la posibilidad de realizar una evaluación más 'simple', por ende menos costosa, antes de realizar una más compleja para asegurarse que el proyecto va en la dirección esperada, ya que los costos de evaluación aumentan según la complejidad del diseño y los objetivos del mismo.</p>
No. Páginas	9
Ref. Doc. Elect.	R_Form_7

Nº Formulario	8
País	Francia
Autor	MAINH
Titulo	Diagnóstico Hospitalario Flash. Bases de comparación. ("Diagnostic Flash hospitalier. Bases de comparaison")
Fuente	<p>www.mainh.sante.gouv.fr/ http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag/</p> <p>En el 2010 el instrumento "Diagnostic Flash" fue renovado y rebautizado "hospi-diag" por la Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).</p>
Año publicación	Julio 2007.
Contenido	<p>¿Qué es el Diagnóstico Flash?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un análisis macro del funcionamiento de un establecimiento según 4 ejes: financiero, paciente, procesos y RRHH. • Es una herramienta de análisis que examina la dinámica del establecimiento observando el conjunto de indicadores por al menos 3 años. Es tomando en cuenta el conjunto de indicadores que garantiza la pertinencia del análisis. • Es una herramienta de diálogo que permite a los establecimientos de poner con su ARH (Agencias Regionales de Hospitalización) un diagnóstico compartido y objetivado por las cifras y referencias sobre las causas y tendencias de la evolución de la situación del establecimiento. • Es un diagnóstico fundado en indicadores seguidos por todos los establecimientos, por lo que existen bases de datos fiables permitiendo efectuar comparaciones entre establecimientos presentando características 'cercanas' en términos de tamaño y status. • Es un diagnóstico realizado en 4 días: 1º: recogida de datos / indicadores; 2º: entrevistas a 4 actores del establecimiento (Director, director administrativo y financiero (DAF), departamento de información médica (DIM); Presidente de la comisión médica del establecimiento (CME)) 3º: síntesis; 4º: restitución. <p>El diagnóstico flash se hace en terreno y la parte cuantitativa de cifras debe ser completada con observaciones cualitativas reunidas en las entrevistas.</p> <p>El Diagnóstico Flash está estructurado en torno a 4 ejes, considerando ¿Cuáles son los indicadores que permiten tener una representación clara y fiel de la situación del establecimiento y detectar las principales dificultades?:</p> <p>Indicadores Financieros: ¿Cuáles son los indicadores financieros que permiten obtener una imagen "fiel" del establecimiento y detectar los principales problemas?</p> <p>Indicadores de Procesos y Organización: ¿Cuáles son los indicadores de procesos que permiten aprehender la estructura y la organización del establecimiento?</p> <p>Indicadores Recursos Humanos: ¿Cuáles son los indicadores que permiten representar</p>

	<p>el perfil de recursos humanos del establecimiento, para comprender las dificultades y ver las oportunidades de optimización?</p> <p>Indicadores Actividad y Pacientes: ¿Cuáles son los indicadores de actividad y paciente que pueden describir el tipo de actividad, el dinamismo y atractivo del establecimiento?</p>
Indicadores	<p>Para cada uno de los siguientes indicadores hay una ficha que detalla el significado, la fuente de información, en qué se expresa el indicador, la manera de calcularlo y la interpretación y escala de valores.</p> <p>INDICADORES FINANCIEROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F1:Tasa de margen bruto - F2: reporte de facturas de activos / ejercicios anteriores - F3: indicadores de duración aparente de la deuda - F4: tasa de renovación de inmovilización - F5: capacidad de reembolso de préstamos - F6: fondos de circulación en días - F7: necesidades de fondos de circulación en días de carga de explotación - F8: ratio de crédito hacia particulares emitidos en años y no recaudados - F9: Respeto/Mejoramiento de la tasa de evolución de ingresos y gastos en relación al EPRD (Estado Provisional de ingresos y gastos) <p>INDICADORES DE ACTIVIDAD Y PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A1: tasa de ocupación neta en medicina - A2:tasa de ocupación neta en cirugía - A3: tasa de ocupación neta en obstetricia - A4: PMCT (peso medio de caso tratado) relativo del establecimiento - A5: PMCT (peso medio de caso tratado) relativo del establecimiento en cirugía - A6: Parte de mercado en cirugía - A7: tasa de hospitalización de ‘pasajes’ a urgencias - A8: productividad horaria IRM (imagería por resonancia magnética) - A9: productividad horaria Scanner - A10: Numero de prótesis de cadera <p>INDICADORES PROCESO Y ORGANIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1: Indicadores de prestaciones MCO (Medicina, cirugía, obstetricia, odontología) - P2: Indicadores de prestaciones DMS (Data Manager Salud) global

	<ul style="list-style-type: none"> - P3: Indicadores de prestaciones DMS (Data Manager Salud) medicina - P4: Indicadores de prestaciones DMS (Data Manager Salud) cirugía - P5: Indicadores de prestaciones DMS (Data Manager Salud) obstetricia - P6: ratio agentes de servicios clínicos - P7: ratio agentes de servicios médico - técnicos - P8: peso de gasto administrativos y logísticos - P9: ingresos devueltos de efectivos médicos - P10: precio de costo de B - P11: % de transferencia después las urgencias - P12: tiempo anual medio de puesta a disposición de una sala de operación fuera de guardia y urgencias - P13: tasa de utilización media de salas de operación - P14: tiempo anual de puesta a disposición de IRM - P15: tiempo anual de puesta a disposición de Scanner <p>INDICADORES RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> - H1: Presupuesto interino - H2: presupuesto CDD (contrato duración determinada) no médica - H3: presupuesto CDD (contrato duración determinada) médica - H4: estructura de edad de cuerpo médico - H5: estructura de edad de personal no médico - H6: densidad de marco de personal no médico - H7: peso de guardias y ASTREINTES (<i>quiere decir cuando un médico no está en el hospital trabajando, pero le pueden llamar en cualquier momento, y tiene que ser disponible para ir al hospital</i>) - H8: tasa de partida de IDE (enfermera diplomada de estado) - H9: tasa de abastecimiento de personal no médico.
No. Páginas	113
Ref. Doc. Elect.	R_Form_8

Nº Formulario	9
País	Brasil
Autor	Ministério da Saúde
Titulo	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación para la mejora de la calidad em la Estrategia de Salud Familiar (Tríptico Informativo) ("Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família") (Tríptico informativo) • Proyecto de Evaluación para la Mejora de Calidad (AMQ) de la Estrategia de Salud Familiar. Informe de Atención Básica. ("Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégica Saúde da Família. Informe da Atenção Básica, No. 38. Ano IV, novembro/dezembro de 2006.") • Guía Rápida del aplicativo digital AMQ. ("Guia Rápido do aplicativo digital AMQ") • Evaluación para la Mejora de Calidad de la Estrategia de Salud Familiar. Guía de Implementación Municipal AMQ. ("Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Guia de Implantação Municipal AMQ. 2006.") • Evaluación para la Mejora de Calidad de la Estrategia de Salud Familiar. Cuaderno de Auto-evaluación nº2. Coordinación Municipal de la Estrategia de Salud Familiar. 2005. ("Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Caderno de Auto-Avaliação nº2. Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família. 2005").
Fuente	Los documentos rescatados para este Formulario fueron obtenidos en Mayo del 2010. A la fecha (octubre 2011) no se pudo recuperar el link de los documentos a los que se hace referencia (se adjuntan los documentos originales).
Año publicación	2005 – 2006
Contenido	<p>El "Proyecto de Evaluación para la Mejora de la Calidad de la Estrategia de Salud de Familia" (AMQ) fue desarrollado considerándose la expansión y consolidación del modelo de Salud Familiar en Atención Básica en el SUS (<i>Sistema Único de Saúde</i>, el sistema público de salud que abarca desde atenciones simples a trasplantes de órganos, garantizando el acceso integral, universal y gratuito para toda la población del país). "Esta también en sintonía con la institucionalización de la evaluación en cuanto un proceso crítico-reflexivo permanente a ser apropiado por todos aquellos que construyen el cotidiano de los servicios de salud" (1).</p> <p>AMQ es una metodología de autogestión o gestión interna de los procesos de mejora continua de la calidad. Por medio de la auto-evaluación, a partir de padrones de calidad específicamente definidos para este modelo de atención, ofrece a los gestores municipales, coordinadores y profesionales de los equipos, instrumentos facilitadores de desarrollo de iniciativas de mejora de sus respectivas prácticas y tomas de decisión.</p> <p>Las principales directrices son:</p> <p>Libre decisión por los gestores municipales.</p>

	<p>Ausencia de incentivos (premias) o sanciones (castigos) financieras o otras relacionadas a resultados.</p> <p>Operacionalización virtual del sistema, a través del sitio web del proyecto.</p> <p>Acompañamiento diferenciado del histórico de las evaluaciones por las instancias de gestión, con privacidad de las informaciones.</p> <p>Los objetivos son:</p> <p>Verificar el estado de desarrollo y de calidad de la estrategia en los municipios, considerando los componentes de gestión municipal, coordinación de la estrategia y las prácticas realizadas dentro de las unidades de salud de familia.</p> <p>Identificar los puntos críticos y apoyar a los gestores locales en el desarrollo de planes de acción para una mejora de la calidad de la estrategia.</p> <p>Los 'Padrones de Calidad' son una declaración de la calidad esperada. Para el AMQ se desarrollaron 5: Calidad Elementar (E); Calidad de Desarrollo (D); Calidad Consolidada (C); Calidad Buena (B); Calidad Avanzada (A). De manera general Dependiendo de la Calificación de la evaluación se posiciona en uno de estos niveles.</p> <p>El Proyecto AMQ tiene las informaciones y documentos técnicos en la pg web (www.saude.gov.br/amq), así como la evaluación se realiza vía internet, en donde cada grupo tiene su 'usuario y contraseña' para entrar e ingresar su auto-evaluación, permitiendo un registro municipal simplificado y automático. Una vez registrado y confirmados, los municipios pueden acceder a diferentes tipos de informes. Está garantizada la privacidad de las informaciones.</p> <p>Dispone de un 'Documento Técnico' que contiene las referencias conceptuales y metodológicas del proyecto y 5 cuadernos de auto-evaluación, dirigidos a distintos grupos de gestión, abordando distintos aspectos.</p> <p>Contiene una guía rápida para el manejo y digitación en el portal web (3) y una guía sobre cómo implementar y utilizar el AMQ y sus recursos.</p> <p>Aunque la metodología definida sea en rigor cuantitativa, todo el proceso de trabajo que antecede la evaluación es cualitativo, dialógico y educativo. Recomienda que las respuestas sean construidas de manera colectiva (mismo los instrumentos individuales) incorporando la perspectiva de todos los involucrados. AMQ es una posibilidad de debate, de crear espacios para el intercambio de conocimientos y posibilita la formación de consensos.</p>
No. Páginas	<ul style="list-style-type: none"> • 2 - 2 - 12 - 30 - 80
Ref. Doc. Elect.	<ul style="list-style-type: none"> • R_Form_9 – AMQ • R_Form_9 – Informe • R_Form_9 – Guia • R_Form_9 – Implantação AMQ • R_Form_9 – Caderno 2

Nº Formulario	10
País	Canadá
Autor	Dirección general de la salud pública del Ministerio de Salud y Servicios sociales
Titulo	Programa nacional de salud pública2003-2012, actualizado en 2008
Fuente	http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument
Publicación	2008
Contenido	<p>1. El Contexto</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La ley de salud pública y el programa nacional de salud pública 2003-2012 b. La transformación de la red de salud y de los servicios sociales c. La evaluación del Programa nacional de salud pública2003-2012 d. Los desafíos para la red de salud pública <p>2. Estado de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La salud física y el bienestar b. Los grandes determinantes de la salud c. Las metas prioritarias <p>3. La oferta de servicios de salud pública y las estrategias de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Los sectores de intervención b. Las estrategias de acción <p>4. La realización del programa nacional para el periodo 2008-2012</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La planificación socio sanitaria y los servicios de salud pública b. Los factores determinantes para la realización c. Las funciones de apoyo a la evolución del programa d. El seguimiento y la evaluación <p>Conclusión</p>
Puntos relevantes	<p>1.a. El programa nacional de salud pública2003-2012</p> <p>Organización en tres niveles: central, regional y local. El programa es desarrollado en planes de acción regional y local, para una mejor adaptación a la realidad de cada territorio. La ley establece que el programa nacional debe ser evaluado cada tres años, así como los planes de acción regionales y locales.</p> <p>La estructura del programa pone en evidencia las funciones principales de la salud pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vigilancia del estado de salud de la población; • La promoción de la salud y del bienestar; • La prevención de las enfermedades, de los problemas psicosociales y de los

	<p>traumatismos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La protección de la salud. • En apoyo a esta funciones: • La reglamentación, la legislación y las políticas públicas relativas a la salud; • La investigación y la innovación; • El desarrollo y el mantenimiento de las competencias en salud pública. <p>Se definen también cinco estrategias de intervención sobre los factores susceptibles de mejorar la salud y el bienestar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el potencial de las personas; • Sostener el desarrollo de las comunidades; • Participar a acciones intersectoriales que favorezcan a la salud y al bienestar; • Apoyar a los grupos vulnerables; • Fomentar prácticas clínicas preventivas y eficaces. <p>1.b. La transformación de la red de salud y de los servicios sociales</p> <p>La gestión de los servicios estuvo en un primer momento centrada en los recursos. Actualmente, el énfasis es puesto en los resultados de salud y bienestar de la población de un territorio. La descentralización de las responsabilidades es el punto central de la reforma. Este movimiento busca acercarse de los beneficiarios para obtener servicios más accesibles y mejor coordinados, que actúen de manera eficaz sobre los determinantes de salud.</p> <p>En este marco, la actividad del sistema se basa en dos grandes principios: la responsabilidad “poblacional” (coordinación de los actores de un territorio en vista de responder mejor a las necesidades de la población) y la jerarquía de los servicios (organización de la continuidad de los servicios en vista de mayor eficacia).</p> <p>Un marco administrativo riguroso a nivel nacional fue definido, modificando los procesos administrativos y presupuestarios como consecuencia de la ley sobre los servicios de salud y los servicios sociales. Tres grandes cambios se definieron de la manera siguiente: la arquitectura de los servicios (creación de los “programas-servicios”), el modo de subsidio y la reedición de las cuentas.</p> <p>Los “programas-servicios”</p> <p>La construcción del sistema de salud se hizo en un primer momento en relación a los establecimientos sanitarios. Esta lógica fue substituida en vista de integrar mejor los servicios, creando así los “programas-servicios”. Estos, definen un conjunto de servicios y actividades organizados con el objetivo de responder a las necesidades de la población o de un grupo de personas que comparten una misma problemática sanitaria. Cada programa está basado en la noción de necesidad. Esta lógica orienta la planificación, la organización de los recursos humanos y materiales como también los subsidios.</p> <p>La evaluación del programa nacional de salud pública2003-2012</p> <p>Cuatro temáticas fueron identificadas para el monitoreo del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las funciones de salud pública (condiciones esenciales para el
--	---

	<p>ejercicio de las funciones de la salud pública : políticas de planificación de las actividades, modo de subsidio, colaboración entre establecimientos, competencias y apoyo a la descentralización);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los procesos de implantación del programa a escala regional y local; • El despliegue de la oferta de servicios (seguimiento de las actividades del programa nacional y de los indicadores socio-sanitarios); • Confrontación de las conclusiones de las evaluaciones y las metas sanitarias: análisis y perspectivas. <p>Este informe precisa cuatro determinantes fundamentales de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las costumbres y comportamientos relacionados con la salud, • las condiciones socio económicas y el contexto social, • el contexto físico • la organización de los servicios sociales y de los servicios de salud, como el acceso a los recursos.
No. Páginas	100
Ref. Doc. Elect.	R_Form_10

Nº Formulario	11
País	Inglaterra
Autor	RJ Quigley y LC Taylor
Titulo	Evaluación como aspecto crítico de la evaluación de impacto en salud: la experiencia Inglesa. (“Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience”)
Fuente	Bulletin of the World Health Organization 2003; 81: 415-419 (6). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0042-96862003000600010 en español: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0042-96862003000600010&lng=en&nrm=iso&tlang=es
Año publicación	2003
Contenido	<p>Es una evaluación a la EIS.</p> <p>Aspectos relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensar en la evaluación al comienzo del proceso de EIS y dar a alguien la responsabilidad de hacerlo. - Hacer seguimiento de las recomendaciones hechas por la EIS para ver si se implementan. - Continuar evaluando después de que la propuesta se ha implementado. <p>Las limitaciones encontradas en uno de los ejemplos tienen referencia con: ajustarse a los plazos establecidos en la planificación; falta de detalle en las propuestas de medidas de mitigación; limitaciones en los datos que se recolectan rutinariamente; dificultades en clasificar los potenciales impactos en salud; adecuar una evaluación no establecida por ley a un marco de planificación establecida por ley. (pg.3, “Finningley evaluation”).</p> <p>Menciona la importancia de difundir las evaluaciones y sus experiencias, no sólo del proceso, sino también de las recomendaciones.</p> <p>Otro aspecto relevante es la necesidad de involucrar a las personas (más que entregarles un informe escrito) – <i>“people rather than electronic methods transfer knowledge”</i> (las personas, más que los métodos electrónicos, transfieren conocimiento)–. También mostrar las prácticas exitosas de las EIS realizadas, para motivar a otros con aquellas prácticas que muestran buenos resultados.</p> <p>No hay evidencia que demuestre que el enfoque de la EIS informa el proceso de decisión y si, en particular, mejora la salud y reduce las inequidades.</p> <p>Es importante que aquellos que realizan EIS se comprometan con el seguimiento y las actividades de evaluación, difundiendo los casos de estudio completos, las conclusiones y las ‘lecciones aprendidas’. Enfatizando que no sólo es importante evaluar el proceso del EIS, sino también si las recomendaciones generadas son implementadas.</p> <p>Se enfatiza también la necesidad y utilidad de realizar talleres de intercambio de experiencias y que los resultados de éstos sean publicados (en la pg. Web abajo mencionada están).</p>

Complementario	http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA Página web con múltiples guías, evaluaciones, artículos y documentos sobre EIS y temas relacionados.
No. Páginas	5
Ref. Doc. Elect.	R_Form 11

Nº Formulario	12
País	Francia
Autor	Ministerio de Salud y de Deportes
Programa	Plan Hospital 2012 ("Plan hôpital 2012")
Fuente	<p>Diferentes documentos :</p> <p>http://www.mainh.sante.gouv.fr/page.asp?page=424</p> <p>http://www.arh-champagne-ardenne.fr/Téléchargement/Plan_Hopital_2012.pdf</p> <p>Para más detalles sobre la metodología de instrucción de las candidaturas :</p> <p>http://www.mainh.sante.gouv.fr/download.asp?download=stockfile/commun/plans/planhopital2012/annexe_248a3_methodologie_d-instruction_des_dossiers.pdf</p>
Año publicación	2007
Presentación del programa	<p>Programa para la modernización de las estructuras hospitalarias públicas y privadas. Prolonga lo iniciado con el "Plan Hospital 2007". El Estado francés se compromete a través de éste a co-financiar (50% del total de la inversión en promedio) proyectos definidos y gestionados por los establecimientos.</p> <p>Los Objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un alto nivel de inversión: 10 billones de euros en 5 años. • Apoyar el desarrollo de esquemas regionales de organización sanitaria. • Apoyar las operaciones que respondan a los criterios de eficiencia para garantizar la sostenibilidad y la viabilidad económica y financiera de las operaciones inmobiliarias. • Desarrollar los sistemas de información hospitalarios. • Asegurar la puesta en normas de seguridad a carácter excepcional. <p>Para acceder a estos financiamientos, los establecimientos deben pasar un proceso de selección.</p> <p>Balance de la primera etapa 2008-2010: 2,2 billones fueron atribuidos, 640 proyectos seleccionados (de 2000 candidaturas). 85% de las inversiones fueron en infraestructura, 15% en los sistemas de información, 84,7% atribuidos a estructuras públicas y 9,8% a privadas.</p> <p><u>Criterios de elegibilidad, orientados a evaluar :</u></p> <p>→ El Establecimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico del establecimiento y de su capacidad para gestionar futuros proyectos <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico flash (evaluación de la optimización de la organización médica, sanitaria, logística, y médico-técnica), análisis FODA, examen de las cuentas financieras de los tres últimos años, estado de ingresos y gastos previsionales, plan plurianual de inversión y plan global de financiamiento plurianual. - Análisis de la actividad y de la perennidad de las cuotas de mercado 2. Oportunidad estratégica del proyecto 3. Capacidad global para gestionar el proyecto (equilibrio financiero general, competencias disponibles, etc.)

	<p>→El Proyecto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visión general de la eficiencia del proyecto: se refiere a la productividad y al equilibrio financiero. Sin embargo una visión general necesita también estimar el impacto del proyecto según diferentes ejes: la dimensión social, el desarrollo sostenible y la seguridad del paciente y la calidad de la atención. 2. Análisis de la eficiencia del proyecto: estimar la pertinencia del dimensionamiento del proyecto. Estimar el impacto financiero. 3. La dimensión organizacional (según los criterios definidos en el referencial de indicadores del MeaH - ver “indicadores MeaH’s” – en fila siguiente) 4. Business Plan <p>→El Proyecto En El Establecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calendario de realización del proyecto • Costo del proyecto y posición con respecto al conjunto de proyectos del establecimiento • Análisis del impacto del proyecto en la actividad de explotación <p>- Apreciación del equilibrio global del establecimiento</p>
Indicadores MeaH	<p>Los indicadores de este repertorio fueron concebidos y definidos por profesionales sanitarios. La pertinencia de cada uno de estos indicadores fue testeada empíricamente.</p> <p>Este documento fue establecido para el uso de los actores que asumen responsabilidades de gestión en los establecimientos sanitarios, para mejorar su organización y proporcionar elementos para contemplar mejor sus actividades, ayudando de esa manera al pilotaje de los establecimientos.</p> <p>Se constituyen como indicadores operacionales, permitiendo objetivar una situación, sintetizar los funcionamientos en cuestión y facilitar el cambio.</p> <p><u>Funciones clínicas y médico-clínicas</u></p> <p>Bloques operatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tasa de apertura (capacidad horaria de utilización de salas) • tasa de ocupación de las salas • Tasa de ocupación según especialidades • Tasa de desbordamiento • Tasa de programación • Movilización del personal en sala <p>Cirugía ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de rotación de las plazas • Tasa de satisfacción de los pacientes • Calidad organizacional • Tasa de cirugía ambulatoria forense • Actividad del ambulatorio <p>Centro 15 (centro de recepción de las llamadas de urgencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de calidad de respuesta • Duración media de toma de una decisión de regulación

	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo medio de salida de la unidad móvil de emergencia <p>Urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de paso • Cantidad de consultas • Recursos humanos por 10 000 consultas anuales <p>Imagería médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo de tiempo para la obtención de un turno para un paciente • Plazo de tiempo de entrega de informes • Tasa de uso de los equipamientos • Tasa de conformidad de la demanda de exámenes • Cantidad de índices de costo relativo (ICR) producidos por hora de trabajo por los agentes que manipulan en electro-radiología <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo medio entre la cirugía y la primera sesión de radioterapia • Plazo medio entre la primera consulta de radioterapia y la sesión de tratamiento • Cantidad de sesiones anuales por aparato de radioterapia <p>Escaras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidencias de las escaras adquiridas por mes • Preponderancia de las escaras • Tasa de escaras con evolución favorable <p>Gestión de camas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos • Tasa de ocupación de los servicios • Tasa de salidas antes de mediodía • Estadías de más de 30 días <p>Transporte interno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntualidad • Satisfacción de los pacientes y servicio al usuario <p>Consultas externas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo medio de obtención de una consulta • Tasa de llamados perdidos • Tiempo definido para cada consulta • Tasa de ocupación de estos tiempos de consulta • Tasa de recuperación directa <p>Centros médico psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo de tiempo para la obtención de una primera entrevista • Plazo de tiempo antes de un diagnóstico • Plazo de tiempo para la obtención de una entrevista post hospitalización • Porcentaje de ausencia a entrevistas <p>Informe paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo de envío de los informes médicos
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Conformidad del contenido del informe del paciente <p><u>Funciones de apoyo</u></p> <p>Residuos</p> <ul style="list-style-type: none"> • tasa de residuos de actividad a riesgo infeccioso sobre residuos globales • Tiempo de tratamiento de los residuos de actividad a riesgo infeccioso <p>Facturación / Cobro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo medio de facturación • Tasa de cobro • Tasa de desmaterialización (relativo al rembolso retroactivo por parte de las coberturas médicas) • Tasa de codificación (de los expedientes de los pacientes para efectuar el cobro) • Tasa de cobro directo <p>Mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo de tiempo para la realización de intervenciones • Repartición por tipo de intervención: preventiva/curativa/obras de infraestructura • Levantamiento de pedidos de controles reglamentarios <p>Restauración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de los pacientes • Cantidad de platos ponderados en relación a los recursos humanos (en horas trabajadas) • Costo global de fabricación de un plato ponderado <p>Duración media del ayuno nocturno</p> <p>Construcción de Indicadores:</p>
--	--

INDICADOR	
DEFINIR	
Definición	Definir el indicador
Objetivos	Dar los objetivos del indicador
Desafío	Detrás del objetivo, que desafío para el establecimiento y la atención del paciente: mejorar, reducir, etc.
PRODUCIR	
Unidad	Definir la unidad para este indicador
Modo de calculo	Dar una fórmula de calculo
Precisiones de metodología	Dar precisiones sobre el indicador y consejos para su construcción y su seguimiento
Modalidad de recolección	Definir qué información es requerida
DIFUNDIR	
Difusión	Definir a quien es pertinente comunicar este indicador
SEGUIMIENTO – ANALISIS - COMPARACION – Los datos empíricos	
Ejemplo de seguimiento	Dar un ejemplo de seguimiento
Informaciones contextuales	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
<p>Fuente:</p> <p>MeaH (Misión nacional de peritaje y auditoria hospitalarios): <i>Pilotar la actividad, medir la eficiencia. Repertorio de indicadores del MeaH</i>. Octubre 2009. (el documento fue encontrado en la pg web de MeaH (www.meah.sante.gouv.fr) en 2010, sin embargo actualmente no se encuentra en línea. Se adjunta el documento original)</p>	
No. Páginas	29; 9; 83
Ref. Doc. Elect.	R_Form_12 – Plan Hopital 2012 (b) R_Form_12 – Indicadores MeaH

Nº Formulario	13
País	Canadá
Autor	Linda O'Brien-Pallas, et all. (Canadian Health Services Research Foundation)
Titulo	Modelización de Recursos Humanos en Salud: desafiando el pasado, creando el futuro. ("Health Human Resources Modelling: Challenging the Past, Creating the Future")
Fuente	http://www.hrhresourcecenter.org/node/1827
Año publicación	2007
Contenido	<p>Gobiernos y administradores deben asegurar un servicio de cuidado adecuado y eficiente de enfermería que den cuenta de las necesidades de la población y de los objetivos de los sistemas de salud. Las preocupaciones sobre la provisión de enfermeras debe ser analizado considerando el cambio de las necesidades de la población, la entrega eficiente de cuidados de salud y las preocupaciones del entorno de trabajo y de los proveedores. Los enfoques tradicionales de planificación de recursos humanos (RRHH) en salud se han basado en la aplicación de proporciones de proveedores a la población (<i>provider-to-population</i>) para proyectar futuras poblaciones; sin embargo, estos enfoques son insuficientes ante los cambios de las necesidades de la población y la productividad no es considerada. El artículo explora, con el marco conceptual desarrollado por los autores, un programa con enfoque que expande el existente enfocado en la demografía, hacia una planificación de RRHH moviendo las consideraciones de provisión y utilización hacia una de influencias sociales, políticas, económicas, geográficas y tecnológicas más amplias, sobre el sistema de salud.</p> <p>Tres proyectos separados, pero relacionados, se han llevado a cabo para ligar las necesidades de la población con la planificación en RRHH, se desarrollan en el artículo, para ilustrar el valor y los desafíos que presenta el utilizar datos de recursos humanos en salud para informar las decisiones políticas en productividad de enfermería, para generar evidencia basada en las políticas de retención para guiar la sostenibilidad de la fuerza de trabajo.</p> <p>El artículo analiza el contexto, las implicancias, el enfoque y los resultados de los proyectos. Las conclusiones se reflejan en las siguientes "Implicaciones clave para los tomadores de decisiones":</p> <p>La planificación de RRHH en salud debe ser basada en necesidades y dirigida a resultados.</p> <p>La planificación en RRHH no debe asumir que las necesidades de salud de la población se mantienen constantes por edad y sexo, incluso con modelos de proyección que se enfocan en planificaciones cortas a 10 años. Los resultados muestran claramente que los modelos de planificación que asumen necesidades futuras para RRHH en salud que son estimados sólo en base a proyecciones de distribución de la población según sexo y edad se basan en asunciones falsas.</p> <p>Los cambios de las necesidades en salud de la población en el tiempo, son complejos, y varian según el indicador usado. Algunas necesidades van en aumento mientras otras van en descenso. Los patrones de cambios en salud varían también según sexo, grupo etario, educación y lugar de residencia.</p> <p>Se necesitan indicadores en salud medidos consistentemente, recogidos</p>

	sistemáticamente a través de estudios de salud de la población para modelizar sus necesidades en el tiempo. Las necesidades de enfermería dependen de otros inputs de los hospitales.
No. Páginas	25
Ref. Doc. Elect.	R_Form_13

Nº Formulario	14
País	América Latina y el Caribe
Autor	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Titulo	Capacidades en Salud pública en América Latina y el Caribe. Evaluación y fortalecimiento.
Fuente	http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=10373&Itemid=9999999
Año publicación	2007
Contenido	<p>Estudio realizado en el marco de la iniciativa "La salud pública en las Américas", lanzada por la OPS/OMS en el 2002.</p> <p>Este documento presenta algunas de las herramientas que existen actualmente para vigilar, evaluar y fortalecer las capacidades de salud pública por parte de los países a nivel nacional y sub-nacional.</p> <p>Capacidades de la salud pública e infraestructura de la salud pública(p.17)</p> <p>Estos dos conceptos son utilizados de manera aleatoria según el origen de la literatura estudiada. La palabra "capacidad" fue elegida en este estudio ya que combina la infraestructura existente con sus capacidades y su potencial para alcanzar las metas de salud pública.</p> <p>La infraestructura de la salud pública es definida en este documento como el conjunto de los medios estables e interconectados por los cuales se organizan las actividades de salud pública.</p> <p>Cinco elementos fueron identificados para establecer el marco conceptual del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los recursos humanos: fuerza de trabajo de salud pública capacitada que responde a las necesidades de salud de la población. - Los sistemas de información: sistemas adecuados de información capaces de generar datos de calidad de manera oportuna (censos, encuestas de los hogares, sistemas de registros vitales, datos de los servicios y del sistema de salud pública, etc.). - Los recursos físicos: laboratorios de salud pública, instrumentos, equipos, etc. - La organización: capacidad de conectar a todos los elementos de la salud pública .Se distinguen dos tipos: <i>la capacidad institucional</i> (conjunto de reglas y normas que rigen el funcionamiento y operación de un sistema de salud pública) y <i>la capacidad organizacional</i>(necesaria para llevar a cabo sus funciones de manera eficaz, eficiente y sostenible a fin de contribuir a la misión y visión institucionales, y a las políticas y objetivos estratégicos de la organización). - Los recursos financieros: se refieren a la adquisición, utilización y gestión de los recursos para la prestación de las funciones de salud pública y a la repercusión de estos recursos sobre la salud de la población y del sistema de salud pública. <p>Contenido general del documento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptos y definiciones: la salud pública / la relación entre los sistemas de salud pública y los sistemas de salud / el uso del término "capacidad de salud pública" en lugar de "infraestructura de salud pública".

	<p>2. Descripción en detalle de cada uno de los elementos de la capacidad de salud pública, señalando los puntos débiles existentes y algunos ejemplos de distintos países en relación con el fortalecimiento y la organización de las capacidades de salud pública en la Región de ALC.</p> <p>3. Análisis de la aplicación de diferentes herramientas de evaluación creadas por la OPS, la OMS y otras instituciones.</p>
No. Páginas	90
Ref. Doc. Elect.	R_Form_14

Nº Formulario	15
País	Canadá
Autor	Santé Canada
Titulo	<p>Apoyar la infraestructura de salud pública: un mandato para su renovación, en <i>Lecciones de la crisis del SARS: renovación de la salud pública canadiense</i>. Cap. 4, p.73-92. ("Soutenir l'infrastructure de santé publique : une ordonnance pour le renouvellement, <i>Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada</i>")</p>
Fuente	http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php
Año publicación	Oct. 2003
Presentación general del informe	Ante la crisis de SRAS, el gobierno canadiense constata la fragilidad y desigualdad de los servicios de salud pública y realiza un informe para orientar los cambios necesarios para la mejora de la eficacia del sistema de salud pública.
Contenido	<p>La infraestructura en salud pública es definida en este informe como el conjunto de estructuras y procesos necesarios para el desempeño de las funciones de salud pública de base. Este concepto es definido en este informe por cuatro componentes principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La capacidad organizacional <ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias que permitan mantener la capacidad del sistema de salud pública, operar las mejoras necesarias, establecer prioridades y realizar las inversiones estratégicas. • Legislación moderna y armonizada al conjunto de territorios. • Funciones, programas y servicios esenciales definidos. • Estructura de gobernabilidad eficaz que defina claramente la repartición de las instancias de toma de decisión y las responsabilidades públicas, los roles y responsabilidades en el conjunto del sistema, que optimice los recursos para alcanzar las metas sanitarias definidas. • Visibilidad del área de salud pública y su liderazgo, así como una comunicación eficaz con el público. • Mecanismos para consultar y llevar a cabo una planificación común en vista de elaborar estrategias nacionales sobre temas relevantes en materia de salud pública. • Mecanismos para sostener las organizaciones no gubernamentales y consultación de estas. 2. Los recursos humanos en salud pública <ul style="list-style-type: none"> • Recursos en cantidad adecuada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Normas para las calificaciones y competencias. • Planificación de los recursos humanos en salud pública. • Programas de formación accesibles y eficaces. • Posibilidad de aprendizaje permanente y de perfeccionamiento profesional. <p>3. Procesos operacionales y sistemas en materia de información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas y procesos operacionales definidos, optimizados, reconocidos, incluyendo una capacidad racionalizada y mejorada de ayuda a la gestión de crisis. • Normas y prácticas ejemplares. • Investigaciones relativas a la población y a la salud pública. • Creación de una instancia central para la implementación de los conocimientos y la toma de decisiones basadas en los hechos, incluyendo la identificación de las necesidades en investigación. • Evaluación de programas relativos a la población y a la salud pública. • Infraestructura para la gestión de la información que incluya una arquitectura, modelos y normas, la transferencia de tecnología, la protección de la confidencialidad y la gestión de la información. <p>4. Capacidad estratégica a nivel nacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos nacionales permanentes: asistencia técnica, elaboración de protocolos técnicos y de directivas clínicas, laboratorios de referencia. • Capacidad especializada en caso de aumento crítico de la actividad: recursos humanos, material, asistencia logística, gestión y/o coordinación de las urgencias y epidemias. • Relación con los países extranjeros y las organizaciones internacionales y comunicación mutual de informes.
No. Páginas	20
Ref. Doc. Elect.	R_Form_15

Nº Formulario	16
País	España
Autor	Consejo Económico y Social de Costa del Sol Occidental
Titulo	Recursos sanitarios y Salud Pública. Objetivos estratégicos. Factores de éxito y resistencias al cambio.
Fuente	<p>www.plancostadelsol.org/docs/FactoresExito_Resistencias.pdf www.plancostadelsol.org/docs/definitivo/Salud.pdf</p> <p>El documento fue obtenido del link mencionado en Mayo del 2010. Actualmente no se encuentra disponible en la web.</p>
Año publicación	
Contenido	<p>Documento redactado en el marco del Plan Estratégico de la Mancomunidad de Municipios de Costa del Sol Occidental (España).</p> <p>Tres objetivos estratégicos son definidos en lo que concierne los recursos sanitarios y la Salud Pública. Se especifican cuáles son los factores de éxito y resistencias al cambio para alcanzar dichos objetivos.</p> <p>El 1er objetivo estratégico es: "Desarrollar un nivel adecuado de servicios de Atención a la Salud"</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuar los servicios e infraestructuras de atención a la salud a las necesidades de los ciudadanos. • Establecer fórmulas de colaboración y complementariedad entre los diferentes ámbitos de provisión de servicios, público, privado y ONGs. <p>Factores críticos de éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación adecuada de necesidades a nivel Supramunicipal • Conocer las expectativas de la población • Presupuesto adecuado • Participación público-privada en la provisión de servicios • Conocer la capacidad de cada ámbito de provisión (público, privado y ONGs) y su cartera de servicios • Sistemas de competencia entre todos los proveedores establecidos • Revisión de las funciones de Atención Primaria • Cesión de suelo público por parte de los Ayuntamientos (municipalidades). Reserva de suelo en los PGOU en zonas de expansión demográfica • Opinión favorable entre la población en relación al uso de fórmulas público privadas de provisión • Interés político por las acciones de control de la salud pública en el ámbito municipal • Interés y motivación en relación a la salud pública en el ámbito empresarial • Mejora de la dotación técnica en el ámbito municipal • Oportunidades con la inmigración <p>Resistencias al cambio:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Desacuerdos en conceptos de Planificación • Asimetría de prestaciones con la Unión Europea • No asumir la focalización en el Ciudadano • Dificultades en la Gestión del conocimiento • Insuficiencia financiera • Resistencias de los Agentes sociales a Cambios Organizativos • Resistencias políticas a mayor participación del sector privado • Resistencia a la Transparencia de resultados • Desconfianza interinstitucional y en los responsables públicos, en general • Burocracia Municipal
No. Páginas	5
Ref. Doc. Elect.	R_Form_16 – Recursos Sanitarios

Nº Formulario	17
País	Argentina
Autor	Dra. G. Hamilton , Dra. N. Gastaldi& Dr. F. di Luca. Programa de Investigación aplicada - Isalud
Titulo	Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina
Fuente	http://www.wilsoncenter.org/news/docs/Oferta%20de%20m%C3%A9dicos%20Web-Virtual.doc El documento al que se hace referencia fue obtenido del link mencionado en Mayo del 2010. Actualmente no se encuentra disponible en el link.
Año publicación	2000
Contenido	<p>El estudio analiza la oferta de servicios médicos en Argentina. Muestra la importancia de la formulación de políticas de regulación de los recursos humanos en el ámbito sanitario.</p> <p>La organización de los equipos de salud se define en relación a una diversidad de factores: demográfico, epidemiológico de la población, formas de organización de los sistemas de salud, mecanismos de acceso de la población a las acciones de salud.</p> <p>En el 2000, la oferta de recursos humanos profesionales por habitante en Argentina era superior a la media de los países ricos. Sin embargo, su eficacia era relativa dado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La escasez de médicos generalistas, el exceso de especialistas y una pobre distribución geográfica de los médicos, dificultando así los esfuerzos de extender los servicios clínicos esenciales a toda la población y el control de costos elevados. • La sobre oferta: oferta de médicos superior a la demanda, lo que tiene como consecuencia el desempleo o subempleo de médicos. • La sobre población de médicos: contexto donde la sobre oferta está acompañada por un crecimiento de la demanda que no corresponde a las necesidades de salud de la respectiva población, lo que tiene como consecuencia el multi-empleo (y la baja de salarios) y la caída de la calidad (exigencia de producir más servicios en menos tiempo). La atención, se produce de manera estandarizada y poco personalizada. Las prescripciones son más rápidas y menos evaluadas, pudiendo provocar efectos colaterales, perjudicando todavía más la salud del paciente. <p>Sus efectos en los sistemas de salud son :</p> <ul style="list-style-type: none"> • El aumento del gasto en salud • La distribución inadecuada del trabajo entre los equipos de salud • La atrofia de los programas de Atención Primaria y Prevención • La especialización excesiva

	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo elevado de exámenes, medicamentos, insumos y servicios • La expulsión de pacientes del sector público <p>Los países con sectores públicos débiles ofrecen servicios de salud más deficientes, provocando un vacío de atención que se evidencia no solo en la falta de cobertura u acceso en los servicios, sino también en los niveles de calidad en los mismos.</p> <p>Este análisis concluye con la necesidad de que el Estado estimule una oferta adecuada a las necesidades de la salud de la población, tomando como base la demanda real de la población y no la que induce la propia oferta. Insiste en el hecho que el análisis de la oferta de servicios médicos no puede realizarse exclusivamente a partir de la cantidad ideal de médicos por habitantes, sino que debe considerar:</p> <p>El gasto público y privado en salud ya que el requerimiento de profesionales médicos es menor en lugares con una importante inversión pública (porque estas poblaciones cuentan con un mejor estado de salud)</p> <p>La Distribución regional: Urbana y rural</p> <p>El porcentaje de especialistas y médicos generalistas, se sabe que un médico generalista puede resolver el 90 % de los problemas de salud de la población</p> <p>La distribución regional de las distintas especialidades</p> <p>No hay soluciones únicas para los problemas relacionados con el mercado de servicios médicos. El conjunto de alternativas debe ser examinado y seleccionado luego de un detallado examen del sector, para aportar medidas reguladoras que otorguen transparencia y lealtad a este mercado.</p> <p>Este documento presenta también un anexo metodológico para el análisis de la oferta de servicios médicos.</p>
No. Páginas	27
Ref. Doc. Elect.	R_Form_17

Nº Formulario	18
País	Francia
Autor	ANAES (Agencia Nacional de Acreditación y de Evaluación en Salud)
Titulo	Redes de Salud. Guía de evaluación. ("Réseaux de Santé. Guide d'Evaluation")
Fuente	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Reseaux_2004.pdf
Año publicación	2004
Contenido	<p>Matriz de auto-evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la red (historia, área de atención, beneficiarios, objetivos operacionales, acciones, resultados esperados) • Evaluación de la integración de usuarios y de los profesionales en la red (evaluación de la participación y de la satisfacción de los usuarios y de los profesionales. Criterios de inclusión en la red, modalidades de adhesión, etc.). • Evaluación del funcionamiento de la red (análisis del pilotaje de la estructura, su proyecto, su organización, su dinámica). • Evaluación de la calidad de la atención (ver el aporte de este tipo de atención en comparación a la tradicional o a una atención fuera de la red) • Evaluación económica (relacionar costos y metas, y compararlo con lo observado fuera de la red). <p>Términos de referencia para una evaluación externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apreciación de la realidad de la red • Seguridad y calidad de la atención • Optimización de los recursos • Adaptabilidad del dispositivo
No. Páginas	36
Ref. Doc. Elect.	R_Form_18

Nº Formulario	19
País	Francia
Autor	Centro de Investigación de estudio y de documentación en economía de la salud (CREDES) / Grupo Image de la Escuela <i>ofoncle</i> de Salud Pública (ENSP)
Titulo	La evaluación de las redes de salud. Desafíos y recomendaciones ("L'évaluation des réseaux de soins: Enjeux et recommandations")
Fuente	<i>Bulletin d'information en économie de la santé</i> . N°37 http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1343.pdf
Año publicación	2001
Contenido	<p>Artículo que trata de los desafíos de la evaluación de las redes de salud. Presenta la historia de las redes en Francia y presenta brevemente 5 dimensiones para la evaluación del impacto de una red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios; • La organización de la atención y las prácticas profesionales; • El trabajo conjunto de los distintos actores; • Las incitaciones financieras et la remuneración; • - La reorganización de la oferta.
No. Páginas	4
Ref. Doc. Elect.	R_Form_19

Nº Formulario	20
País	España
Autor	Beatrix Gonzales Lopez Valcancel (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)
Titulo	Capítulo 16 - "Prioridades en la organización de la atención a la salud en España" en Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. La Gaceta Sanitaria.
Fuente	http://www.sespas.es/ind_lib06.html
Año publicación	2002
Contenido	<p>Este artículo estipula que la inversión en salud y el establecimiento de prioridades para la salud pública están estrechamente vinculados con el diseño organizativo del sistema sanitario. Invertir en salud exige, entre otros aspectos, examinar y valorar los puntos débiles en materia de organización del sistema nacional de salud.</p> <p>La organización del sistema de salud español es la resultante de un proceso de reformas sucesivas en donde las nuevas estructuras se superponen, sin anular las preexistentes.</p> <p>Seis retos son identificados :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La coordinación territorial, la atención sanitaria trans-regional: se refiere a la gestión de los pacientes desplazados (dadas las carteras de servicios parciales a nivel local) y al funcionamiento de los centros y servicios de referencia transfronterizos. 2. Nueva forma de gestión de las listas de espera: exigencia de incluir como criterios de inclusión en la lista, la necesidad y la efectividad del tratamiento. Existen tres estrategias básicas para la reducción de las listas de espera; actuar sobre la demanda reduciendo las indicaciones; actuar sobre la oferta aumentando el dispositivo; y mejorar la gestión aprovechando mejor los recursos disponibles y rebajando los tiempos ociosos. 3. Exigencia de un sistema de información sanitaria integrado para la salud, dado el entorno descentralizado, siendo este claramente un factor de éxito. No puede haber coordinación sin información. 4. Coordinación entre niveles asistenciales: necesidad de una planificación de la actividad asistencial a medio y largo plazo para asegurar su eficiencia. 5. Innovaciones organizativas: nuevas formas jurídicas y rediseño de las estructuras organizativas en vista de mejorar la eficiencia clínica y de gestión. Los factores claves de la racionalización de la gestión de los recursos sanitarios pasa por la eliminación de rigideces administrativas y la búsqueda de mecanismos de integración vertical de proveedores, así como por la potenciación del papel de los usuarios como decisores y la implicación de los clínicos en las reformas organizativas. 6. La gestión de los recursos humanos, siendo este uno de los más importantes retos.
No. Páginas	15
Ref. Doc. Elect.	R_Form_20

Nº Formulario	21
País	España
Autor	Cesar G. Victoria &Inà S. Santos (Universidad de Federal de Pelotas, Brasil)
Titulo	Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto
Fuente	<p><i>Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud.</i> La Gaceta Sanitaria, vol. 22, p. 1-7.</p> <p>http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/COOPERACION/Informe_sespas_2008.pdf</p>
Año publicación	Abril 2008
Contenido	<p>Este artículo señala los actuales problemas de la evaluación de impacto en siete puntos, precisando las medidas para prevenirlos en vista de una evaluación de impacto relevante y de calidad.</p> <p>1. No evaluar: La ausencia de evaluación lleva a perpetuar programas ineffectivos, drenando los recursos disponibles que podrían ser invertidos en iniciativas con un impacto real sobre la salud de la población.</p> <p>2. Iniciar tardeamente la evaluación: implica generalmente la ausencia de una línea de base para la interpretación posterior de resultados. Una planificación de la evaluación pensada al mismo tiempo que la concepción de los programas, permite identificar más fácilmente los indicadores, recoger los datos a tiempo y seleccionar los grupos control para futuras comparaciones. La ausencia de una línea de base hace difícil la interpretación de los resultados.</p> <p>3. Evaluar impacto sin evaluar el proceso: permite la comprensión de los factores que intervienen en el resultado. Este tipo de modelo conceptual de impacto es esencial para identificar los indicadores de proceso que requieren ser evaluados y los tipos de encuesta necesarios para medirlos, calcular el posible impacto de la estrategia y estimar el tamaño de la muestra de la evaluación.</p> <p>Su elaboración depende de la colaboración entre los gestores y los evaluadores. El modelo propone que la evaluación se realice de forma progresiva y se inicie con la medición de los indicadores de oferta, utilización y cobertura, antes de medir el impacto propiamente dicho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar si las intervenciones y sus estrategias de implementación están bien fundamentadas técnicamente y son apropiadas al contexto epidemiológico y asistencial del país (evaluación de las políticas y de la planificación basada en resultados). - Investigar si efectivamente se ofrece la atención adecuada en los servicios de salud y en la comunidad (evaluación de oferta). - Investigar si esta atención es utilizada por la comunidad (evaluación de utilización), de forma que se alcance un nivel adecuado de cobertura efectiva de la población (evaluación de cobertura). - Las evaluaciones del impacto sobre la morbilidad y la mortalidad, u otros indicadores biológicos o del comportamiento deberían efectuarse únicamente si se ha respondido afirmativamente a estas preguntas. <p>La documentación de indicadores de proceso ayuda a entender –en el caso de programas con impacto sobre la salud– qué factores intervinieron en ese impacto. En el caso de los programas sin impacto, la evaluación del proceso permite identificar</p>

	<p>las medidas que se deben introducir para perfeccionar el programa.</p> <p>4. Usar un método inapropiado: la metodología debe establecer si el programa funciona en condiciones reales.</p> <p>Muchas evaluaciones de impacto se realizan mediante estudios de eficacia, que investigan si las intervenciones funcionan cuando se implantan en condiciones ideales. Raramente se describen los factores contextuales presentes en los lugares y servicios donde se realizan las evaluaciones y que son esenciales para decidir sobre la capacidad de generalización de los resultados.</p> <p>Los estudios de efectividad, por su parte, se planifican para responder si la intervención funciona en condiciones reales. Sin embargo éstos no son tan completos como los estudios de eficacia y se limitan al programa estricto obviando factores contextuales que estarían incluidos en los estudios de eficiencia.</p> <p>El modelo de evaluación de Habicht&colab.</p> <p>Propone un segundo eje (además del eje de los indicadores de oferta, utilización, cobertura e impacto) con tres niveles de inferencia para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuación (estudios descriptivos): los cambios esperados están aconteciendo; - Plausibilidad (estudios observacionales): los cambios observados parecen ser debidos al programa; - Probabilidad (ensayos randomizados): Estudios aleatorios muestran que el programa tiene un impacto estadísticamente significativo. <p>5. No involucrar los gestores: La inclusión temprana y continuada de los gestores garantiza que ésta responda a las preguntas necesarias para la toma de decisiones y contribuya a que las recomendaciones derivadas se implementen realmente. De igual manera, es importante que los resultados de la evaluación estén disponibles para los gestores en el tiempo previsto.</p> <p>6. Ignorar el contexto: Los resultados de un programa dependen del contexto social, político, económico y cultural. Un mismo programa puede obtener resultados distintos en contextos diferentes.</p> <p>7. No evaluar desigualdades: No sólo es importante evaluar el impacto global de un programa, sino hasta qué punto logra alcanzar a los distintos grupos sociales. Aún hoy, las intervenciones reconocidamente capaces de mejorar los niveles de salud en el mundo dejan de atender a una gran proporción de la población que las necesita, en especial a las personas más pobres. Los programas que implementan esas intervenciones son, en general, heterogéneos en calidad y desempeño, no equitativos y efímeros.</p>
No. Páginas	7
Ref. Doc. Elect.	R_Form_21

Nº Formulario	22
País	Francia
Autor	HAS (Alta autoridad sanitaria)
Titulo	Referencial de evaluación de los centros de salud ("Référentiel d'évaluation des centres de santé")
Fuente	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_491245/referentiel-d-evaluation-des-centres-de-sante
Año publicación	2007
Contenido	<p>Documento de evaluación de las prácticas organizacionales de los centros de salud. Tiene como objetivo construir un procedimiento de calidad interna en los centros gracias a una metodología de auto-evaluación para medir el alcance de los objetivos esperados.</p> <p>Proyecto del centro y gestión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proyecto del centro 2. Acceso a la atención 3. Política de calidad 4. Buen uso de los recursos 5. Recursos humanos y ejercicio de las responsabilidades 6. Recursos materiales 7. Higiene, desinfección y esterilización 8. Sistema de información <p>Atención del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acogida y espera 2. Entrevista 3. Pedidos de atención no programados y urgencias 4. Organización del expediente, circuito y almacenaje 5. Contenido del expediente, comunicación de las informaciones y del expediente 6. Ejecución de los cuidados 7. Atención y relaciones pacientes-prestarios 8. Satisfacción de los pacientes <p>Cada uno de estos puntos, tiene una serie de criterios definidos para su evaluación. Por ejemplo, en lo que concierne los recursos materiales, los criterios son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Los utilitarios están asociados a los procedimientos de compra y a la evaluación de los equipos y otros materiales utilizados; b. El abastecimiento es efectivo;

	c. El mantenimiento de los diferentes equipos esta organizado. Para cada uno de estos criterios, se precisa una serie de elementos para su apreciación.
No. Páginas	71 paginas
Ref. Doc. Elect.	R_Form_22

Nº Formulario	23
País	España
Autor	Fernando I. Sánchez Martínez, José María Abellán Perpiñán y Jorge E. Martínez Pérez (Universidad de Murcia, Murcia, España)
Titulo	¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales
Fuente	<i>Informe SESPAS 2008 : Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud.</i> La Gaceta Sanitaria, vol. 22, p. 127-136. http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/COOPERACION/Informe_sespas_2008.pdf
Año publicación	Abril 2008
Contenido	<p>Este artículo resume las experiencias internacionales relativas a los enfoques estratégicos basados en criterios explícitos para establecer prioridades para un uso eficiente de los recursos en salud.</p> <p>El uso eficiente de éstos para la mejora de la salud, requiere una planificación basada en criterios explícitos y procedimientos sistemáticos que permitan identificar necesidades y áreas de acción prioritarias para poder entonces seleccionar intervenciones según su eficacia y efectividad y según su costo (utilizando los resultados de la evaluación económica como <i>input</i> en el proceso de toma de decisiones de asignación de recursos).</p> <p>El enfoque estratégico debe sustituir al enfoque administrativo o gerencial. El proceso para establecer prioridades tiene que ser fruto de la participación y el consenso entre políticos, gestores, profesionales y ciudadanos.</p> <p>Tres niveles de análisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el nivel macro: relativo a los procesos de planificación estratégica, identificación de áreas prioritarias y selección de líneas de intervención en salud; Valores y criterios incorporados a los procesos de establecimiento de prioridades en el ámbito internacional: Dignidad humana, Solidaridad, Coste-efectividad, Valor para la sociedad, Valor individual, Justicia, legitimidad, aceptabilidad, Equidad, Accesibilidad, Democracia, Cobertura universal, Protección de colectivos especiales, Criterios de priorización, Magnitud, Efectividad, Eficacia, Gravedad, Calidad - el nivel meso: incorporación del coste-efectividad a la elaboración de guías de práctica clínica para mejorar la eficiencia de la gestión clínica; incorporación paulatina por los servicios de salud del proceso de planificación, cuyos resultados permitirán recomendaciones de práctica clínica. - el nivel micro: explica cómo diseñar sistemas de gestión de listas de espera que vayan más allá del criterio único de 'antigüedad' como criterio de prioridad. Muestra que la inclusión de criterios explícitos en la gestión de listas de espera es una práctica eficaz en otros países, lo que apoya la idea que los servicios regionales de salud deberían cambiar de estrategia.
No. Páginas	258
Ref. Doc. Elect.	R_Form_23

Nº Formulario	24
País	Argentina
Autor	F. Tobar, G. Ventura, R. Falbo, Matilde Sellanes & T. Bulat
Titulo	Rendimiento y eficiencia del gasto en salud según provincias.
Fuente	http://medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/modulo_09/gasto_per_capita_y_rendimiento.pdf
Año publicación	2000
Contenido	<p>Evaluación del impacto que tiene el gasto en salud en Argentina a través de un análisis del rendimiento y de la eficiencia del gasto en salud, en función de dos indicadores sanitarios: esperanza de vida al nacer y tasa de mortalidad infantil. Se busca a través de este análisis, determinar el nivel óptimo de gasto en salud.</p> <p>Preguntas planteadas: ¿Cuánto debe gastarse en salud? ¿Se gasta en forma eficiente? ¿Hasta qué punto tiene sentido continuar incrementando la asignación de recursos a salud -dado el rendimiento decreciente que evidencia- en lugar de darle otros destinos que puedan generar los mismos o mayores niveles de bienestar?</p> <p>La eficiencia en el gasto es definida como un determinado nivel del factor de producción, según la teoría microeconómica, [el cual] es factible de dar, manteniendo todos los otros factores a un nivel constante, una cantidad máxima de producto, pero es posible que si no se está optando por la mejor forma de combinar los factores no se alcance dicha cantidad máxima, surge entonces un problema de Eficiencia.</p> <p>Esta depende de los modelos de sistema de salud, ya estudios muestran que independientemente del nivel de gasto, la organización del sistema de salud involucra niveles diferenciales de eficiencia.</p> <p>Los rendimientos decrecientes en el gasto son definidos según la teoría microeconómica de la manera siguiente: <i>a medida que se incremente un factor, la productividad que se deriva de este es cada vez menor</i>. En el área de la salud, se utiliza este término como <i>el resultado inmediato de las actividades, expresado generalmente en unidades de servicio</i>.</p> <p>Existe un punto de inflexión a partir del cual el rendimiento del gasto comienza a ser decreciente (entre \$500 y \$600 por habitante año). La tendencia decreciente del rendimiento no significa que la esperanza de vida disminuya sino que cada vez resultara más caro obtener mejores resultados.</p> <p>Estos dos conceptos pueden ser la base de una metodología para el estudio del gasto en salud, como lo muestra este estudio para el caso de Argentina, estableciendo un diagnóstico global del gasto en salud, lo que permite de detectar nichos regionales de oportunidades de inversión efectiva en salud.</p> <p>Como conclusión, los autores precisan que para un mejor análisis de la eficiencia se deberían incluir otras variables tales como :</p> <p style="padding-left: 20px;">el ingreso medio de la población provincial o producto bruto provincial</p> <p style="padding-left: 20px;">la morfología y organización del sistema provincial de salud.</p>
No. Páginas	14
Ref. Doc. Elect.	R_Form_24

Nº Formulario	25
País	Francia
Autor	CCECQA /ANAES (Agencia Nacional de Acreditación y de Evaluación en Salud) – Servicio de las evaluaciones económicas.
Titulo	Los costos de la calidad y de la no-calidad de la atención en los establecimientos sanitarios: situación actual y proposiciones. (“Les coûts de la qualité et de la non-quality des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions”)
Fuente	http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000463/0000.pdf
Año publicación	Julio del 2004
Contenido	<p>La literatura internacional sobre la calidad de la atención médica, principalmente anglo-sajona, muestra que una atención de calidad es ciertamente una inversión pero también puede generar economías a mediado término, inscribiéndose así en un contexto de búsqueda de eficiencia.</p> <p>A través del análisis presentado, se busca incitar la valorización de estos costos y acompañar las estructuras en una gestión prospectiva.</p> <p><u>Temas desarrollados en el documento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Marco conceptual: define el concepto de costo de la calidad y explicita las nociones de calidad de la atención médica y del costo de ésta para las estructuras sanitarias. Propone una clasificación de algunas fallas de calidad de atención y presenta los diferentes tipos de costos correspondientes. Propone fichas sintéticas para que las estructuras puedan medir la frecuencia y los costos medios de estas. 2.- Síntesis de los trabajos internacionales sobre este tema publicados entre 1990 y 2003: estudios que calculan el costo de problemas de calidad de atención / estudios que miden el impacto de la prevención de estos problemas de calidad de la atención / estudios que analizan el vínculo entre costos y resultados de indicadores de calidad de la atención. 3.- Datos de costo de la calidad disponibles en el contexto de las estructuras sanitarias francesas. Análisis de los avances necesarios en términos de recolección de información en Francia. 4.- Fichas que proponen un marco operacional a destinación de las estructuras sanitarias para calcular sus costos medios de falla de calidad y los costos de desarrollo de medidas para evitarlos. Metodología de construcción de la ficha y 4 ejemplos.
No. Páginas	156 paginas
Ref. Doc. Elect.	R_Form_25

Nº Formulario	26
País	
Autor	Felix Hüfner (OECD Economics Department. Working Papers No. 839)
Titulo	Aumentando la eficiencia del sector público en Eslovaquia. ("Increasing Public Sector Efficiency in Slovakia")
Fuente	http://dx.doi.org/10.1787/5kgj3l0m0q0r-en
Año publicación	2011
Contenido	<p>Dado el deterioro de las finanzas públicas, hay pocas posibilidades para un aumento del gasto. Aumentar la eficiencia del sector público podría liberar recursos y arrojar mejores resultados con los mismos inputs, ayudando a estimular la productividad y así, un potencial crecimiento.</p> <p>En el año 2004 se lleva a cabo una Reforma del sector salud, que pasa de una estructura con un sistema "<i>command-and-control</i>" a un sistema de mercado, principalmente en cuanto a seguro de salud, reduciendo o eliminando copagos. Los efectos de esta reforma aún no se pueden medir, tanto en términos sanitarios como económicos. El artículo se centra en ciertos aspectos relevantes para Eslovaquia, post-reforma.</p> <p>Aumentar la eficiencia en la recaudación de impuestos es urgente, planes para unificar la recaudación de impuestos (especialmente el IVA) y las contribuciones de la seguridad social debiera ser implementado rápidamente, atrayendo fondos de la Unión Europea de manera más eficiente. Argumenta que Eslovaquia tiene baja recaudación de impuestos (IVA de 19%), siendo de los más bajos de la OCDE, por lo que debiera recaudar más. Es también uno de los países de la OCDE con mayor tasa de impuestos no pagos.</p> <p>Adicionalmente, aumentar la eficiencia del sector salud debiera ser una prioridad. Esto implica tratar con los altos gastos de bolsillo (que se ha triplicado desde el 2002) y reformar la estructura de remuneraciones de los médicos. El gasto en medicamentos es excesivo y puede ser reducido, principalmente apoyando la sustitución por genéricos. Los impedimentos a la competencia entre seguros de salud debiera ser reconsiderado y el sistemas de comparación de riesgos deben ser mejorados.</p> <p>La organización de la provisión de servicios de salud debe ser más eficiente. La publicación de rankings de proveedores, publicados por las aseguradoras de salud, muestran grandes diferencias en la calidad de los proveedores. Parte de esto puede deberse a una falta de coordinación en atención primaria, falta de protocolos clínicos, etc.</p>
No. Páginas	29
Ref. Doc. Elect.	R_Form_26

Nº Formulario	27
País	Canadá
Autor	Daniel Reinhartz. Facultad de Medicina, Universidad Laval, Quebec, Canadá.
Titulo	La regulación del Financiamiento en el sistema de salud canadiense.
Fuente	http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdd/canada.pdf
Año publicación	2001
Contenido	<p>Para cumplir los objetivos del sistema de salud (mejorar el bienestar de la población...) éste debe esforzarse para ser más eficaces y equitativos, adaptándose al entorno cambiante y dinámico, mejorando también su autonomía.</p> <p>El régimen canadiense, propuesto en 1962 por el Gobierno Federal, se rige por cinco principios establecidos por ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Universalidad - Integridad - Accesibilidad - Transferibilidad - Gestión Pública <p>En este sistema, reconocido a nivel mundial, la competencia entre los sectores público y privado, con respecto a los que es <i>medicamente necesario</i> está estrictamente prohibida; es decir, nadie debe pagar por servicios que están juzgados medicamente necesarios. El sistema de salud canadiense es un sistema público y único, está política y administrativamente descentralizado. Sin embargo, se siguen las iniciativas del Gobierno Federal, que ha contribuido a implantar un sistema de salud uniforme en todo el país, creando un sentimiento de pertenencia a una estructura que expresa valores fundamentales a los cuales está ligada.</p> <p>El financiamiento del Gobierno Federal se lleva a cabo a través de tres grandes programas de transferencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transferencia Canadiense en Materia de Salud y Programas Sociales: en que las provincias tienen margen de maniobra en el uso de los fondos. - Equiparación: que apunta a estabilizar los ingresos fiscales de las provincias menos ricas (sin condiciones). - Financiamiento para los territorios <p>En síntesis: el Gobierno Federal se hace cargo de una parte importante de los gastos del sector salud del país, permitiendo la estabilización de los ingresos de las provincias. Por otro lado, la necesidad de los fondos federales garantiza el respeto de los cinco principios de la ley canadiense. Hasta ahora, las modalidades de financiamiento han sido un incentivo eficaz para mantener el sistema público y único.</p> <p>La modalidad de financiamiento instaurada en Canadá favorecieron el aumento de la eficacia. Los indicadores de salud continúan mejorándose, mientras se controlan los costos. El acento puesto sobre la accesibilidad a todos los servicios de salud fue un determinante clave para el mejoramiento continuo de esos indicadores. La exigencia de una gestión pública del sistema, y por consiguiente un único pagador, permitió negociar algunos aranceles aceptables y, sobre todo, disminuir los gastos</p>

	administrativos. El aumento de costos está controlado. La obligación de adherir a los cinco principios representa una garantía eficaz para la promoción de la equidad.
No. Páginas	15
Ref. Doc. Elect.	R_Form_27

Nº Formulario	28
País	Francia
Autor	DHOS
Titulo	Presentación de la Reforma de la Gobernancia Hospitalaria. ("Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière")
Fuente	http://www.reseausantequalite.com/data/acceslibre/AQ/gouvernance.pdf
Año publicación	2007
Contenido	<p>En septiembre del 2005, la disposición de dos ordenanzas que forman la cuarta parte del plan "hospital 2007", donde las otras tres se refieren a: la simplificación de la organización y del funcionamiento del sistema de salud; la reforma del financiamiento de establecimientos de salud por una tarificación a la actividad y el reimpulsar la inversión hospitalaria.</p> <p>Esta cuarta parte se puede agrupar en cinco temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La reforma de la organización y del funcionamiento de establecimientos públicos de salud 2. La organización hospitalaria – universitaria (docente-asistencial) en la promoción de la investigación tanto en centros hospitalarios como en universidades 3. La organización financiera: en que tienen por objeto el adaptar las reglas presupuestarias y contables a la reforma de ley de financiamiento de la seguridad social, en donde se pasa de un presupuesto global a un presupuesto por actividad 4. La creación de un centro nacional de gestión de recursos humanos 5. La gestión de establecimientos de salud privados y, en particular, la reforma del estatus jurídico de los centros de lucha contra el cáncer <p>El documento expone los principales aspectos de la reforma ("reforma de la gobernanza hospitalaria") en cuanto a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la organización administrativa de establecimientos públicos de salud: con nuevas atribuciones al consejo de administración (como cuestiones estratégicas, el proyecto del establecimiento y los programas de inversión, el personal, la política de mejora continua de la calidad y la seguridad de los cuidados, la definición de la política contractual interna, la evaluación, control y auditorias del establecimiento y de las actividades, entre otras) y nuevas atribuciones al director, como ejecutivo del consejo de administración. 2. sus instancias consultivas: comisión médica del establecimiento, comisiones de sub-especialidades en temas de calidad y seguridad, comité técnico del establecimiento y la comisión de cuidados de enfermería, reeducación y médico-técnicos. 3. la organización interna de esos establecimientos.
No. Páginas	109 + 31 (anexos)
Ref. Doc. Elect.	R_Form_28
Observación	El documento reglamenta la organización de establecimientos de salud, con las

	<p>facultades y responsabilidades propias de cada cargo, las atribuciones y funciones que cada uno cumple. Lo rescatable es que ante el proyecto “hospital 2007”, que reforma la administración de establecimientos de salud, se forma una normativa que especifica todo. En esto cabe resaltar el valor que se le dan a las instancias consultivas, tanto en temas de gestión como en temas sanitarios, así como en la representatividad de aquellas instancias, que son participativas de carácter vinculante.</p> <p>Otro aspecto a resaltar es la continua evaluación de los establecimientos, sus procesos y de recursos humanos (con política de formación y capacitación en pos de la mejora continua), así como el énfasis en la investigación y la formación de estos centros como docentes-asistenciales.</p>
--	---

Nº Formulario	29
País	Brasil
Autor	Maria do Perpétuo Socorro Parente Martins, João Batista Silva, Marcos Lima Medeiros, Humberto Vitorino Dantas
Titulo	Implantación del nuevo modelo de gestión hospitalaria pública a través de la organización social. (“Implantação do novo modelo de gestão hospitalar pública através da organização social”)
Fuente	http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00000150.pdf
Año publicación	2009
Contenido	<p>En el documento se constata la importancia de los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - claridad de la misión institucional, con una visión clara sobre el futuro, sus usuarios y servicios que presta de modo que la gestión se concentre en lo esencial. - localización adecuada de recursos, vinculando las prioridades estratégicas y la definición de metas e indicadores de desempeño; - liderazgo de los dirigentes, estimulando nuevos comportamientos y actitudes; - recursos humanos motivados por el compromiso con el trabajo y la visión de futuro, - claridad organizacional, con vistas a agregar valor al servicio prestado; - sistema de información confiable y oportuno sobre la operación cotidiana, permitiendo la definición de acciones y conversión de rumbos. <p>El artículo revisa y analiza una experiencia puntual de un hospital (Geral Dr. Waldemar Alcantara), considerando su marco histórico, características generales, la estructura y distribución de servicios, indicadores, clientela, estructura organizacional, recursos humanos, modelo de gestión, modelo asistencial y los resultados alcanzados con ese modelo.</p> <p>Entre las conclusiones se destaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la intervención del Estado con carácter predominantemente regulador y financiador - la flexibilización administrativa, con autonomía para la elaboración de normas propias para la contratación y selección del personal - libertad de ejecución financiera dentro del Contrato de Gestión - adquisición de productos de forma racional, con miras a optimizar los costos - la gestión de organización social imprime equidad y acceso a través de las Centrales de Regulación y transparencia de los recursos públicos con el Demostrativo de Gastos Hospitalarios que es dado a cada usuario al momento del alta <p>En cuanto a la gestión, destaca la importancia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - misión, visión de futuro y focos estratégicos bien definidos - estructura organizacional compatible con los procesos de trabajo - recursos humanos sintonizados con los principios de calidad - indicadores de evaluación de desempeño y de calidad en la prestación de los

	servicios registrados sistemáticamente - gestión clínica implantada y elaborando protocolos clínicos.
No. Páginas	31
Ref. Doc. Elect.	R_Form_29

Nº Formulario	30
País	
Autor	Pedro E. Brito Quintana (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS))
Titulo	Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales.
Fuente	http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/plg02010.pdf
Año publicación	2010
Contenido	<p>El artículo se da en el marco de El Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales es una iniciativa de la OPS/OMS a través de su Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, con la colaboración de CEPAL y OIT, que tiene como propósitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- generar conocimiento e información para la formulación de políticas integrales de recursos humanos de Salud en los países de la Región; b- evaluar y monitorear los procesos de reforma sectorial en lo que corresponde a los procesos de desarrollo de recursos humanos. <p>Están, a la fecha, participando 11 países de América Latina y el Caribe, y consiste en una red colaborativa de grupos nacionales institucionales e intersectoriales, con la coordinación y apoyo técnico de la OPS/OMS.</p> <p>El artículo se orienta a aquellas cuestiones y problemas que generan preocupación sobre las determinaciones que las reformas ejercen sobre el personal, su trabajo y la gestión del mismo. Estas cuestiones no son nuevas, ni aparecen con las reformas, siendo buena parte “estructurales” del sector salud, pero se redefinen, crecen en importancia o se resignifican en el marco de las reformas.</p> <p>Los procesos de reforma se caracterizan por colocar en el eje la cuestión laboral, es decir en objeto de la gestión, tres elementos, hasta ahora no suficientemente trabajados por la convencional administración del personal existente: el contrato de trabajo, los procesos de trabajo y las relaciones laborales.</p> <p>La gestión de RRHH se entiende como la teoría y la práctica acerca de los procesos (económicos, políticos, técnicos, culturales, etc.) inherentes al trabajador y su contribución a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es también un lugar de empleo.</p> <p>“Estamos asistiendo a la superposición de dos problemáticas o de dos agendas de la gestión de RRHH: una agenda vieja o fordista (correspondiente a un modelo de relaciones de trabajo estables y protegidas, centrado en la carrera de puesto de duración indefinida) y una agenda nueva o flexible (correspondiente a un nuevo modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la flexibilidad laboral).”</p> <p>Para analizar el impacto de los cambios sectoriales sobre los trabajadores y su trabajo, se debe tener como referencia un marco mucho más amplio que los límites institucionales del sector salud, así como los cambios en la administración pública (flexibilización del empleo), los cambios en la situación y las normas generales de empleo en las economías nacionales, los procesos de ajuste económico en el país y en la región y la búsqueda de configurar economías abiertas, donde se manifiestan 5</p>

	<p>tendencias de los mercados de trabajo: de formales a informales; de bienes a servicios; de baja calificación a alta calificación; la flexibilización de las relaciones individuales de trabajo; y la autorregulación de las relaciones colectivas.</p> <p>Esto permite “caracterizar la dinámica social e institucional que se genera como consecuencia de los cambios anotados en los sistemas de atención. En primer lugar, la existencia de múltiples, dinámicos y conflictivos actores sociales e intereses corporativos que obligan a un proceso muy complejo de construcción de consensos y acuerdos, como bases para las intervenciones y las políticas de personal. Una segunda condición es que asistimos a un momento muy especial en que se tiende a cuestionar las visiones instrumentales sobre el personal y su trabajo, y se sustituyen por visiones sociales e institucionales integrales. Aquí se puede encontrar un eco tanto de las visiones políticas que enfatizan el derecho a la salud y el estatus de ciudadanía del personal y de la población usuaria, como de los nuevos paradigmas organizacionales sobre capital humano y el papel del conocimiento como fuerza productiva en los años por venir.</p> <p>Se tiende a cuestionar asimismo los estilos de planificación, gestión y hasta de educación vigentes en los sistemas de servicios de salud. Un nuevo enfoque de planificación que valora la visión estratégica y la construcción participativa del plan adecuado a una realidad local; una perspectiva de gestión de personal que subordina lo administrativo y que enfatiza la organización, las relaciones sociales e institucionales y la cuestión del poder; y por último, en lo referente a la educación del personal, la negación de la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, sustituyéndose por una práctica educacional basada en la premisa del trabajo como factor y espacio de educación, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador-aprendiz”.</p> <p>El artículo trata los siguientes temas, como situaciones problemáticas o condiciones que podrían favorecer cambios positivos en la gestión de RRHH y un mejor desempeño laboral de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidad y precarización en el empleo en Salud. - La cuestión regulatoria. - Los sistemas de incentivos a la productividad. - La cuestión de la calidad. - La cuestión educativa. - El impacto de nuevas modalidades de organización y gestión de servicios. <p>La tarea pendiente y los desafíos deben ser enfrentados con decisión y de manera cooperativa entre países y entre grupos responsables y preocupados por las cuestiones del trabajo en Salud. El artículo menciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover un nuevo concepto de recurso humano y gestión de recursos humanos, basada en la idea de sujetos históricos inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que comprometen tanto la dimensión técnica como las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales. - La construcción de una teoría propia del trabajo en los servicios de salud, que permita entender y explicar qué está pasando en el trabajo y en las relaciones de trabajo en los servicios de salud, como consecuencia de los cambios en la economía, el estado, la sociedad y en el propio sector Salud; relevando la cuestión de la distribución y ejercicio del poder.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar la gestión de RRHH como un elemento esencial de la Gestión de los servicios en las reformas, como función esencial de la gestión integral de los servicios de salud. - Fortalecer la capacidad técnica de los responsables y unidades de gestión de los RRHH. - Actualización regulatoria y normativa y desarrollo de instrumentos. - Los desafíos actuales para el gestor de RRHH <p>“El terreno de las respuestas a estas cuestiones es el terreno de las políticas de desarrollo de recursos humanos que aseguren de un lado condiciones de trabajo decentes (como reclama la OIT en su Informe 1999) y una atención equitativa, de calidad, eficiente y efectivas, que se dé en servicios de salud dignos para el paciente y dignos para el trabajador.”</p>
No. Páginas	19
Ref. Doc. Elect.	R_Form_30

Nº Formulario	31
País	Francia
Autor	
Titulo	Foro de Participación ciudadana en salud ("Forum de la participation citoyenne en santé" – Paris, 09/12/2010)
Fuente	http://www.sante.gouv.fr/forum-de-la-participation-citoyenne-en-sante-2eme-rencontre-le-9-decembre-2010.html
Año publicación	2010
Contenido	<p>Sobre un estudio de participación de ciudadanos – usuarios en la toma de decisión en salud, con el objetivo de identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los modos de participación, sean institucionales o que vengan de la sociedad. - Analizar su plus-valor, no en términos de mejora de la gobernanza, sino en términos de toma en cuenta de los "temas/problemas/encrucijadas" de la sociedad - Identificar propuestas operacionales <p>Para esto utiliza 3 dispositivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigación documental - Entrevistas - Comparaciones con el extranjero <p>El artículo desarrolla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El debate público; las problemáticas (fijación de objetivos, definición del sujeto, geografía del debate, participación y participantes, conducción del debate, seguimiento de resultados del debate) - Orientaciones (puesta en práctica de un derecho de petición, la evolución del consejo nacional de salud a una organización de tipo Comisión Nacional de debate público; la elaboración de una carta o de una guía de debate público en salud). - La transparencia (definición: representación de usuarios, obligación de expertos y puesta a disposición de datos y de información) (problemáticas: transparencia de interlocutores, transparencia de lugares, transparencia de sujetos, transparencia de modalidades de expresión) (orientaciones: la ignorancia de las reglas del juego, la falta deertura de instancias de decisión, la no-efectividad de la transparencia de los actores, la dificultad de tener una mirada crítica, la no-inclusión de todas las categorías de representación a través del procedimiento del acuerdo) - La Herramienta del internet: (problemáticas: uso, toma en consideración de los diferentes perfiles, modificación de la escucha y del dialogo) y orientaciones. - Exclusión social y participación: (problemáticas: las orientaciones estratégicas de inclusión, la implementación sobre los diferentes objetivos, las condiciones de participación, el refuerzo de la capacidad de escucha de los profesionales y decidores) (orientaciones: desarrollo de la participación

	de excluidos, la adaptación de las herramientas de la salud comunitaria, la puesta en práctica de comités consultivos de excluidos)
No. Páginas	31
Ref. Doc. Elect.	R_Form_31

Nº Formulario	32
País	Estados Unidos
Autor	RAND HEALTH
Titulo	Tecnología de la Información en Salud (TIS). ¿Puede la TIS bajar los costos y mejorar la calidad? (“Health Information Technology. Can HIT Lower Costs and Improve Quality?”)
Fuente	http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9136/index1.html
Año publicación	2005
Contenido	<p>El sistema de salud de EEUU está en problemas. A pesar de invertir sobre \$1.7 trillones de dólares anuales en salud, el sistema está plagado de ineficiencia y baja calidad. Contar con mejores sistemas de información podría ayudar. A la mayoría de los proveedores les hace falta sistemas de información necesarios para coordinar el cuidado de un paciente con otros proveedores, compartir la información necesaria, monitores adecuados con prevención y guías de gestión de enfermedad, así como un rendimiento medido y mejorado. Otras industrias han disminuido costos y mejorado la calidad a través de inversiones en tecnologías de la información. El estudio realizado estima los costos potenciales y los beneficios de adoptar TIS, así como identifica las acciones necesarias para transformar beneficios potenciales en beneficios reales.</p> <p>Las principales conclusiones indican:</p> <p>Adoptado de manera adecuada y en todo el sistema, la TIS ahorraría dinero y mejoraría significativamente la calidad del servicio de salud entregado.</p> <p>El ahorro anual por eficiencia podría ser de \$77 billones o más.</p> <p>Los beneficios en salud y en seguridad podría duplicar los ahorros a la vez que reduce la enfermedad y prolonga la vida.</p> <p>La implementación costaría alrededor de \$8 billones por año, asumiendo su adopción en el 90% de los hospitales y consultas médicas en 15 años.</p> <p>Los obstáculos incluyen desincentivos del mercado: generalmente, aquellos que pagan por TIS no son aquellos que reciben el ahorro generado.</p> <p>El gobierno debiera actuar ahora para sobreponer los obstáculos y obtener los beneficios.</p>
No. Páginas	5
Ref. Doc. Elect.	R_Form_32

Nº Formulario	33
País	Estados Unidos
Autor	Southern California Evidence-based Practice Center, Santa Monica, CA para: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services
Titulo	Costos y Beneficios de Tecnologías de Información en Salud ("Costs and Benefits of Health Information Technology")
Fuente	Evidence Report/Technology Assessment, N° 132 http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/hitsyscosts/hitsys.pdf
Año publicación	Abril 2006
Contenido	<p>Algunas evidencias sugieren que la adopción de Tecnologías de la Información en Salud (TIS) pueden mejorar la eficiencia, la relación costo eficacia, la calidad, y la seguridad del cuidado médico al hacer mejores guías prácticas y base de datos de evidencias clínicas disponibles inmediatamente para los clínicos, y al hacer los registros de los pacientes computarizados disponibles en toda la red de salud.</p> <p>Sin embargo, mucha de esta evidencia está basada en un número pequeño de sistemas desarrollados en centros médicos académicos, y poco se sabe sobre los cambios organizaciones, costos, y tiempo requerido para que las prácticas de la comunidad incorporen exitosamente el sistema "off-the-shelf" (fuera de la concha).</p> <p>El análisis de la utilidad de implementar TIS debe considerar varios factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El potencial de esta tecnología para mejorar la calidad del cuidado en salud, la seguridad y la satisfacción del paciente; y cómo ese potencial ha sido demostrado. - El costo-efectividad de esa tecnología, incluyendo el costo de la implementación (en términos financieros y de recursos) y los ahorros que se acumulan. Existe preocupación que aquellos que cargan con la mayor parte del costo no son capaces de recuperar la inversión. - La capacidad de generalizar los efectos de un intervención de TIS, en costos y beneficios, en el sistema existente y la tecnología utilizada por otras organizaciones de salud. <p>El documento, solicitado por el Departamento de Salud de EEUU, es un reporte basado en la evidencia práctica sobre los costos y beneficios de sistemas de TIS. Este revisa la literatura sobre la implementación de sistemas de TIS en todos los marcos y evalúa la evidencia en cuatro circunstancias específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costos y beneficios de TIS en cuidado pediátrico - Disponibilidad de un aspecto de TIS, el <i>electronic health record</i> (EHR) para mejorar el cuidado en atención ambulatoria - Los costos y beneficios de implementar el EHR - El efecto de TIS en hacer que el cuidado sea más centrado en el paciente <p>Las conclusiones, luego de 256 estudios revisados, indican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basado en modelos estadísticos y en análisis predictivo las TIS tienen el potencial de posibilitar una transformación dramática en la entrega de cuidado, haciéndola más segura, más efectiva y más eficiente. Sin embargo,

	<p>la evidencia empírica que demuestre los beneficios de TIS es más limitada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El impacto que tenga la implementación de las TIS dependen del contexto en que se dé. - Falta información generalizable sobre qué tipos de TIS y métodos de implementarlos serían los más costo-efectivos. - Se debe dar prioridad a establecer estándares para la información que necesita ser medida e incorporada en estudios de TIS. - El estudio no pudo determinar, con la evidencia publicada, qué funcionalidades de TIS tienen mayor posibilidad de tener un impacto en salud. La evaluación de costos es aún más incierta. - La implementación de TIS enfrenta múltiples barreras.
No. Páginas	154
Ref. Doc. Elect.	R_Form_33

Nº Formulario	34
País	España
Autor	Carmen de Nieves Nieto, Lorenzo Ros McDonnell
Titulo	Comparación entre Modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencia de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcom Baldrige. Situación frente a la ISO 9000.
Fuente	X Congreso de Ingeniería de Organización, Valencia 7 y 8 de septiembre de 2006 http://www.rebiun.org/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/docReb/efqm_comparacion.pdf
Año publicación	2006
Contenido	<p>El artículo presenta un análisis comparativo de cuatro modelos internacionales de Gestión de Calidad Total: el Modelo EFQM de excelencia, el Modelo Gerencial Deming, el Modelo Iberoamericano para la Excelencia y el Modelo Malcom Baldrige. El análisis se realiza en base a la comparación de variables definitorias de la misión, enfoque, esquema estructural, sistema de retroalimentación o feedback, número de criterios y subcriterios, y conceptos o principios fundamentales; para luego compararlas con el estándar ISO 9000.</p> <p>Expone cada modelo según las variables mencionadas, realizando la comparación con los otros modelos de forma paralela. Los Conceptos o Principios Fundamentales de los modelos, para tener una idea de sus diferencias son:</p> <p>Modelo EFQM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en los resultados. 2. Orientación hacia el cliente. 3. Liderazgo y coherencia con los objetivos. 4. Dirección por procesos y hechos. 5. Desarrollo e implicación del personal. 6. Aprendizaje, innovación y mejora continua. 7. Desarrollo de alianzas y asociaciones. 8. Responsabilidad Social. <p>Modelo Deming</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear y difundir visión, propósito, misión. 2. Aprender y adoptar la nueva filosofía. 3. No depender más de la inspección masiva. 4. Eliminar la práctica de otorgar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio. 5. Mejorar de forma continua y para siempre el sistema de producción y de servicios. 6. Instituir la capacitación en el trabajo. 7. Enseñar e instituir el liderazgo. 8. Desterrar el temor, generar el clima para la innovación. 9. Derribar las barreras que hay entre las áreas departamentales.

	<p>10. Eliminar los eslóganes, las exhortaciones y las metas numéricas para la fuerza laboral.</p> <p>11. Eliminar estándares de producción y cuotas numéricas, sustituir por mejora continua.</p> <p>12. Derribar las barreras que impiden el orgullo de hacer bien un trabajo.</p> <p>13. Instituir un programa vigoroso de educación y reentrenamiento.</p> <p>14. Emprender acciones para alcanzar la transformación.</p> <p>Modelo Iberoamericano</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en los resultados. 2. Orientación hacia el cliente. 3. Liderazgo y coherencia con los objetivos. 4. Dirección por procesos y hechos. 5. Desarrollo e implicación del personal. 6. Aprendizaje, innovación y mejora continua. 7. Desarrollo de alianzas y asociaciones. 8. Responsabilidad social. <p>Modelo Malcom Baldrige</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfoque en los resultados y en la creación de valor. 2. Excelencia enfocada hacia el cliente. 3. Visión de liderazgo. 4. Dirección por hechos. 5. Valoración de los empleados y de los socios. 6. Aprendizaje organizacional y personal y Mejora continua. 7. Desarrollo de las asociaciones. 8. Responsabilidad social y buen hacer ciudadano. 9. Agilidad y respuestas rápidas. 10. Enfoque en el futuro. 11. Perspectiva en sistemas. <p>Las conclusiones que se presentan al final del artículo apuntan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los modelos analizados sirven de autoevaluación, sea para incorporar mejoras como para comprobar el funcionamiento y rendimiento de la organización. - Todos los Modelos conciben la organización como el conjunto de subsistemas relacionados y conectados entre si, todos tienen su papel y su importancia específica en el logro del objetivo primordial, la excelencia y la mejora continua.
No. Páginas	10
Ref. Doc. Elect.	R_Form_34
Observación	El artículo presenta tablas resumen y comparativas de gran utilidad y simplicidad.

Nº Formulario	35
País	
Autor	Ximena Rodríguez.
Titulo	Evaluación de impacto y resultado. Preguntas y Lecciones Aprendidas – Sector Salud – Unidad de Evaluación de la Comisión Europea. (“Result and Impact Level Evaluation Questions & Lessons Learned - Health Sector - European Commission Evaluation Unit.”)
Fuente	(Documento no publicado)
Año publicación	2011
Contenido	<p>El documento esboza una serie de preguntas de evaluación a nivel de resultado y de impacto para evaluar el apoyo de la Comisión Europea (CE) al sector salud. Estas preguntas están inspiradas en las guías metodológicas de la CE y en 22 evaluaciones realizadas. Como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son un marco común para el desarrollo nacional e internacional y el foco de la CE es aportar en su logro.</p> <p>Las preguntas de evaluación son:</p> <p>¿En qué medida las intervenciones de la CE en el sector salud han contribuido a aumentar la existencia de calidad en los servicios de salud?</p> <p>¿En qué medida el apoyo de la CE ha contribuido a mejorar la asequibilidad del cuidado en salud?</p> <p>¿En qué medida las intervenciones de la CE han contribuido a mejorar el comportamiento de la población, especialmente los grupos vulnerables y los pobres?</p> <p>¿En qué medida el apoyo de la CE ha contribuido a mejorar la utilización de los servicios y la cobertura de las intervenciones, especialmente para los grupos vulnerables y los pobres?</p> <p>¿En qué medida el apoyo de la CE ha contribuido a aumentar el empleo?</p> <p>¿En qué medida el apoyo de la CE ha contribuido en el logro de los ODM relacionados con salud?</p> <p>La 1 y 2 son a nivel de resultados, la 3, 4 y 5 a nivel de impacto específico, y la pregunta número 6 de impacto intermedio. Para cada uno de ellos se establecen indicadores para medir y dar respuesta a las preguntas de evaluación.</p> <p>Ante la pregunta nº1, los indicadores se refieren a: calidad de las instalaciones de salud; calidad de las medicinas; entrenamiento y reclutamiento de trabajadores de la salud de calidad; fortalecimiento de la capacidad institucional.</p> <p>Nº2: sistema de financiamiento equitativo; gasto balanceado de bolsillo para la salud.</p> <p>Nº3: disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud; concientización en salud (a través de la difusión de información relacionada a la salud al público, especialmente grupos vulnerables); medioambiente que permita un comportamiento saludable; mejores prácticas de salud.</p> <p>Nº4: acceso efectivo a los cuidados de salud; adecuación de la entrega del servicio; condición de salud de la población.</p> <p>Nº5: empleo adecuado en el sector salud; reforzar el mercado de trabajo en el sector.</p> <p>Nº6: reducción de mortalidad; reducción de morbilidad e invalidez; utilización de los servicios de salud.</p>

No. Páginas	22
Ref. Doc. Elect.	R_Form_35
Observación	Documento Reservado.

Nº Formulario	36
País	Estados Unidos
Autor	Sarah Johnson (LAC Health Sector Reform Initiative by the Family Planning Management Development Project (FPMD), a project of Management Sciences for Health (MSH) in Boston Massachusetts)
Titulo	Creación de capacidades en la gestión de recursos humanos para la reforma del sector salud y las organizaciones e instituciones que integran el sector ("Building capacity in human resources management for health sector reform and the organizations and institutions comprising the sector")
Fuente	http://www.lachsr.org/documents/humanresourcemanagementbuildingcapacitytoimprovehealthsectorreformandorganization-EN.pdf
Año publicación	Oct 2000
Contenido	<p>Los países de América Latina y el Caribe se han embarcado en esfuerzos por reformar y revitalizar el sector salud. El presente artículo se desarrolla en el marco de la LACHSRI (Iniciativa de América Latina y el Caribe para la Reforma de Salud - The Latin American and Caribbean Health Sector Reform Initiative).</p> <p>El objetivo de la iniciativa es fortalecer la capacidad regional para la reforma del sector salud: proveyendo metodologías y herramientas para mejorar el sector público y su interacción con ONG's en la planificación e implementación de la reforma en el sector salud, fortalecer las decisiones de financiamiento del sector y mejorar el análisis y planificación de políticas; reunir y difundir información relacionada con las reformas nacionales en salud y sus esfuerzos; monitoreo de los procesos de reforma y sus resultados mediante el desarrollo e implementación de herramientas y ayudar a los países a compartir sus experiencias.</p> <p>El objetivo del artículo es analizar el estatus de la gestión de RRHH en una selección de organizaciones de servicios de salud en América Latina; en base a los descubrimientos, discutir la importancia de un sistema fuerte e integrado de gestión de RRHH para la planificación e implementación exitosa de la reforma en salud y la capacidad organizacional del sector público y de las ONG's; para finalmente hacer recomendaciones sobre maneras de fortalecer el rol y la práctica de gestión de RRHH en salud, en las instituciones de América Latina y el Caribe para mejorar la reforma y su capacidad organizacional.</p> <p>Las herramientas para evaluar la gestión de RRHH en salud y lo manifestado por las organizaciones, es la necesidad de desarrollar: la planificación, sistemas de clasificación de empleo, sistemas formales para determinar compensaciones y beneficios, programas de orientación de empleo, disciplina, término de contrato y procesos de queja o reclamo, descripción de trabajo actualizadas, supervisión y desempeño de la planificación.</p> <p>Los principales roles de RRHH en construir una organización competitiva son: gestión de RRHH estratégicos; gestión de la transformación y el cambio; gestión de la infraestructura y gestión de la contribución del empleo. RRHH debe enfocarse tanto en estrategias de largo plazo, como en sistemas operacionales de corto plazo, políticas y herramientas.</p> <p>"En la reforma del sector salud, el cambio organizacional y el cambio en el nivel de los</p>

	equipos e individual de los empleados es un hecho. El contenido de estos cambios es determinado por los responsables políticos nacionales, líderes del sector y de organización, así como de los prestamistas y los donantes y otros expertos técnicos. Las personas empleadas en el sector pueden sentir que están mejor o peor con estos cambios. Pueden abrazar o rechazar estos cambios respondiendo con altos niveles de productividad y moral alta, o con cinismo u otras formas de resistencia. Planificar cuidadosamente los procesos de cambio y eficaz gestión del cambio en las instituciones afectadas por sector de la salud reformas es importante”.
No. Páginas	46
Ref. Doc. Elect.	R_Form_36
Observación	En anexos se presenta un instrumento de evaluación para el desarrollo de recursos humanos en ONGOs y en organizaciones del sector público de salud.

Nº Formulario	37
País	Francia
Autor	Haute Autorité de Santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles.
Titulo	Guía para el autodiagnóstico de prácticas de gestión en establecimientos de salud. (Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé)
Fuente	http://www.documentation-pdf.com/affiche.php?p=http://www.snfge.com/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/HAS/V2_guide_management.pdf
Año publicación	2005
Contenido	<p>La guía está dirigida a los establecimientos de salud que se han comprometido con el autodiagnóstico de la calidad de procesos y de su gestión a todos los niveles de responsabilidad.</p> <p>La búsqueda de una repartición justa de los recursos fiscales lleva a preguntarse por la eficacia de las diferentes prestaciones y sobre la eficiencia de los prestadores en salud. Los profesionales de la salud y sus prácticas deben ser evaluados, en el marco de la acreditación de los establecimientos, que es obligatoria para los médicos desde el año 2004.</p> <p>La guía propone un método, referencias y elementos de apreciación de la calidad de cada una de las cinco funciones de la gestión, presentando guías para ayudar a los responsables a realizar su autodiagnóstico. Las funciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Prever</u>: para precisar esta función, tres términos son utilizados: anticipación, adaptación y reactualización. Es decir, "Prever es anticipar las necesidades de los pacientes, las evoluciones técnicas y tecnologías médicas, las prácticas profesionales o médico-hospitalarias"; "Prever es adaptarse a la concurrencia de otros establecimientos; adaptarse a un nuevo contexto económico y social, a orientaciones fijas por el esquema de organización sanitaria, nacional y regional.>"; "Prever es reactualizar los proyectos estratégicos del establecimiento". A partir de estos términos surgen dos dimensiones más: "Prever es manejar la incertidumbre y controlar los riesgos" y "Prever es poner en ejecución una estructura de protección". - <u>Organizar</u>: tres dimensiones: la evaluación y calidad de un organigrama dinámico, en cuanto a la adecuación entre el organigrama y los objetivos o misión del establecimiento, y la reactualización regular del organigrama para tener en cuenta la evolución de las actividades, de las expectativas de los pacientes y del persona, de prácticas profesionales y tecnológicas. Otra dimensión es la definición de funciones (rol y campo de competencias). Por último, 'organizar' debe permitir asegurar las mejores condiciones para realizar los objetivos y la misión del establecimiento, en este marco, deben poner en ejecución los procedimientos y protocolos necesarios. - <u>Decidir</u>: entre los factores claves que permiten evaluar la calidad de la gestión, en cuanto a esta función, se puede mencionar: la adecuación entre el modo de decisión y los objetivos y misión del establecimiento y sus distintos sectores de actividad; la capacidad de delegar y de un 'buen nivel' de la decisión; la

	<p>legibilidad de los procesos de decisión para los diferentes actores del establecimiento; la existencia de un procedimiento para la difusión de las decisiones y su explicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivar: esta es una dimensión esencial de la gestión: la capacidad de hacer que los actores del establecimiento adhieran a los objetivos y a la misión con el fin de asegurar su realización a través de: la responsabilización y participación en las decisiones, el reconocimiento de competencias, la puesta en práctica de herramientas de motivación tanto colectivas como individuales, la valorización de la creatividad, la transparencia y la comunicación de los resultados individuales y colectivos. - Evaluar: esta dimensión concierne: los resultados, la actividad, los medios, el personal, las decisiones, la satisfacción de pacientes y la satisfacción del personal. <p>Para cada uno de los aspectos y dimensiones mencionados se desarrolla el contexto, la función dentro de un establecimiento de salud, y referencias a los elementos de apreciación de la función en cuestión (con ejemplos).</p> <p>Luego presenta una “guía/tabla de autodiagnóstico para ayudar al mejoramiento de prácticas de gestión en establecimientos de salud” para cada función. En ésta, se hace referencia al elemento a ser evaluado, la escala de evaluación, los objetivos de mejora y los indicadores de desempeño.</p>
No. Páginas	40
Ref. Doc. Elect.	R_Form_37
Observación	Ver las guías para el autodiagnóstico: “Grille d'autodiagnostique”, a partir de la página 30 del documento.

Nº Formulario	38
País	
Autor	Isabelle Joumard, Christophe André and Chantal Nicq. OCDE. Economics Department Working Papers No.769
Titulo	Sistemas de Salud: eficiencia e instituciones. ("Health Care Systems: efficiency and institutions")
Fuente	http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en
Año publicación	2010
Contenido	<p>El documento presenta una serie de indicadores para evaluar el desempeño del sistema de salud. También presenta nuevos datos comparativos, en políticas de salud e instituciones en países de la OCDE. Este conjunto de indicadores permite la caracterización empírica del sistema de salud y la identificación de grupos de países que comparten instituciones de salud similares. También ayuda a develar las fortalezas y debilidades del sistema de salud de cada país y evaluar para focalizar para mejorar el valor-para-el-dinero (<i>value-for-money</i>). El análisis empírico sugiere que hay espacio en todos los países analizados para mejorar la efectividad del gasto en salud; no hay sistema de salud que se desempeña sistemáticamente mejor en la entrega de cuidado costo-efectivo, por lo que las reformas <i>big-bang</i> no son garantía; aumentar la coherencia de las políticas, adoptando mejores prácticas en políticas dentro de un sistema similar y tomando prestado los elementos más apropiados desde otros sistemas debiera ser más práctico y efectivo que aumentar el la eficiencia del gasto en salud.</p> <p>El documento explora la manera de medir la eficiencia, identificando los objetivos con los cuales se medirá el desempeño, tomando un enfoque desde el resultado, a nivel del sistema, y sacando medidas de eficiencia para el sistema de salud. Esto se complementa agregando a los indicadores de eficiencia, indicadores intermedios de desempeño.</p> <p>Luego trata de la construcción de indicadores para las políticas en salud y las instituciones, observando las políticas a través de indicadores, observando la oferta y demanda de cuidados de salud (indicadores sobre mecanismos del mercado y regulaciones), el objetivo de mitigar las inequidades en el acceso a salud (con indicadores de cobertura), el contener el gasto público (indicadores de presupuesto y enfoques de gestión). Por otro lado, la caracterización empírica del sistema de salud, identificando los patrones institucionales (usando el análisis de componentes principales) y el agrupar países con instituciones similares (utilizando análisis de cluster).</p> <p>Por último, la relación entre el desempeño del sistema de salud y los indicadores de políticas, midiendo la eficiencia a través y dentro de grupos de países que comparten características similares, trazando comparaciones e identificando las debilidades del grupo de análisis, para terminar con las limitaciones y sugerencias para un trabajo futuro.</p>
No. Páginas	133
Ref. Doc. Elect.	R_Form_38

Nº Formulario	39
País	
Autor	OCDE. Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n°2.
Titulo	Mejorar la relación costo – eficacia de los sistemas de salud ("Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé")
Fuente	http://www.oecd.org/dataoecd/44/26/46528634.pdf
Año publicación	2010
Contenido	<p>La OCDE ha recolectado nuevos datos comparativos sobre las políticas de salud y la eficiencia de los sistemas de salud de sus países miembros. El objetivo consiste en determinar los puntos fuertes y los débiles de los sistemas de salud de cada país y evaluar las ganancias potenciales en eficacia así como las reformas para concretizarlas. Las principales conclusiones son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En todos los países estudiados, la eficacia del gasto en salud puede ser mejorado. - En promedio en la zona de la OCDE, la esperanza de vida al nacer podría alargarse en más de dos años manteniendo el gasto en salud al mismo nivel, bajo la condición que todos los países pasen a tener el desempeño como los mejores en esta área. A modo de comparación, un aumento de 10% en los gastos en salud, en ausencia de reforma, lograría sólo un alargamiento de la esperanza de vida de tres a cuatro meses. - Ningún sistema de salud ofrece sistemáticamente una relación mejor de costo-eficacia. Más que el tipo de sistema, es sobre todo la manera en que es gestionado que importa. Los sistemas fundados en el mercado y los sistemas centralizados presentan a la vez ventajas e inconvenientes. - Se observan fuertes desigualdades entre los individuos en materia de salud y sus desigualdades pueden ser reducidas sin afectar la eficiencia. Las desigualdades son generalmente relativamente débiles en los países dotados de un sistema basado en un seguro privado bien regulado. Los sistemas centralizados pueden igualmente lograr buenos resultados en cuanto a equidad, limitando los gastos. - No existe un enfoque único para reformar los sistemas de salud. Los poderes públicos deben esforzarse en garantizar la coherencia de los parámetros de la acción pública, inspirándose en las mejores prácticas observadas en los diferentes sistemas de salud en vigor dentro de la zona OCDE, adaptándolas a las condiciones locales.
No. Páginas	12
Ref. Doc. Elect.	R_Form_39

Nº Formulario	40
País	Canadá
Autor	Stefane M Kabene, Carole Orchard, John M Howard, Mark A Soriano and Raymond Leduc.
Titulo	La importancia de la gestión de recursos humanos en salud: un contexto global. ("The importance of human resources management in health care: a global context.")
Fuente	http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-20.pdf
Año publicación	2006
Contenido	<p>El artículo se refiere al sistema de salud desde una perspectiva global y la importancia de la gestión de recursos humanos (RRHH) para mejorar los resultados globales en salud de los pacientes y en la entrega de servicios de salud.</p> <p>Los resultados de la revisión bibliográfica realizada dan cuenta que hay factores de éxito que afectan las prácticas de cuidado en salud y la gestión de RRHH. El artículo revela cómo la gestión de RRHH es esencial para cualquier sistema de salud y cómo puede mejorar los modelos de cuidado en salud. Se examinan los desafíos en los sistemas de Canadá, de EEUU y otros países desarrollados, con sugerencias sobre cómo superar esos problemas a través de la implementación de prácticas de gestión de RRHH apropiadas. Comparando y contrastando los países seleccionados permite comprender mejor el rol práctico y crucial de la gestión de RRHH en el sector salud.</p> <p>Los factores identificados que afectan los RRHH son: número, composición y distribución de trabajadores de la salud; temas de capacitación de los trabajadores; migración de trabajadores de la salud; nivel de desarrollo económico de un país; factores sociodemográficos, geográficos y culturales (se presenta una tabla analizando estos factores en Canadá, EEUU, Alemania y otros países desarrollados).</p> <p>La relación entre gestión de RRHH y el sistema de salud es extremadamente compleja, particularmente cuando se examina desde una perspectiva global.</p> <p>La conclusión del documento apunta a que una gestión de los RRHH es crítica para proveer un cuidado de alta calidad a la población. Un re-foco en la gestión de RRHH y mayor investigación es necesaria para desarrollar nuevas políticas. Es necesario estrategias de gestión de RRHH efectivas para lograr mejores resultados en acceso a salud.</p>
No. Páginas	17
Ref. Doc. Elect.	R_Form_40

Capítulo 8

Conclusiones y Recomendaciones

1 Antecedentes

Los resultados obtenidos con la aplicación de la metodología de ECG en las diferentes áreas evaluadas de cada uno de los tres EE, las encuestas a usuarios internos y externos y el diagnóstico comunicacional, son la base sobre la cual se construyen las conclusiones y recomendaciones que contiene este capítulo. Este análisis y evaluación han sido complementadas con los antecedentes que ha entregado la revisión documental que ha sido consultada en el desarrollo de toda esta evaluación, 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.

Como se señalara previamente, el análisis comparativo tiene una serie de limitaciones que dificultan la incorporación de los resultados ahí obtenidos en forma sistemática para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

Se presenta inicialmente una mirada general de las conclusiones de esta evaluación y luego las recomendaciones se sistematizan a partir de lo que se consideran **aspectos relevantes para la optimización del modelo experimental**, que son los que aparecen con mayor impacto en la gestión; de la lectura de los diferentes capítulos trabajados se desprenden otras recomendaciones, las cuales no han sido incluidas en este capítulo, por referirse a aspectos de carácter más puntual y de menor relevancia.

Las recomendaciones que surgen de este estudio tienen diferentes niveles de decisión y aplicación, por lo cual se ha considerado pertinente diferenciar éstas en aquellas que son de decisión del Nivel Central, de aquellas que son del ámbito exclusivo de los EE.

2 Aspectos generales:

2.1 Conclusiones de Evaluación Comprehensiva la del Gasto – EE

El presente desarrollo se complementa con las recomendaciones que se presentan a continuación de éste y que reflejan los aspectos considerados insuficientes en el desempeño de los EE.

Diseño Institucional:

El exhaustivo análisis realizado de las definiciones estratégicas de la SSRA y de los EE lleva a concluir que la condición de EE no ha llevado a un desapego de los lineamientos estratégicos definidos por la Autoridad Sanitaria, incluyendo los Objetivos Sanitarios de la década, sino

por el contrario, estas forman parte medular de su misión y objetivos estratégicos. Se observa algunas deficiencias en la definición de algunos de los PE que se detallan en el capítulo Nº 2.

El accionar de los EE está centrado en satisfacer las necesidades de su población beneficiaria, cuyo análisis demográfico, epidemiológico y de factores determinantes de nivel de salud realizado en este estudio muestra que particularmente para el caso de HPH, esta presenta un perfil de mayor vulnerabilidad que las demás comunas de la RM, tema relevante al momento de evaluar sus resultados.

La evaluación desde la perspectiva de red asistencial muestra el importante rol que ejerce cada uno de los EE dentro de su SS y la relevancia que tiene su oferta dentro de la red. Esta es consistente con los PE definidos por cada EE y los mecanismos de focalización están presentes, particularmente en la atención de urgencia, aun cuando los mecanismos de evaluación de los mismos se consideran insuficientes.

Uso de Recursos:

En cuanto al análisis de uso de recursos, se evalúan una serie de indicadores, cuyos resultados evidencian la relevancia de las políticas del Nivel Central en la gestión financiera. Aparece como un elemento objetivable, una importante flexibilidad en el uso de los recursos financieros y su impacto como herramienta que permite adaptar la oferta en forma dinámica y ampliar la cartera de servicios con una mejor utilización de la infraestructura en pos de cubrir los requerimientos de la población. A partir de esta evaluación se hacen una serie de sugerencias a los EE principalmente orientadas a la introducción de sistemas de costeo y apoyo a la gestión financiera.

El análisis comparativo no es concluyente en los indicadores estudiados; se evidencia que los No EE comparten ciertas características con los EE, particularmente en la asignación de recursos que realiza el FONASA.

Organización y Gestión:

El detallado análisis realizado al marco legal que rige a los EE permite concluir que se cumple con el objetivo primario de estos establecimientos en cuanto a otorgar una mayor flexibilidad a la gestión de RRHH y el manejo de los recursos financieros. De igual forma, otorga más autonomía a la gestión, flexibiliza la organización interna y las alternativas de compra de servicios y complementación con instituciones privadas a través de diferentes modalidades de convenio. Sin embargo, el análisis comparativo de las remuneraciones actualmente vigentes para los EE muestra su desventaja respecto a los demás establecimientos del SNSS.

Por su parte, la evaluación de los diferentes aspectos organizacionales muestra un adecuado uso de estas prerrogativas, se verifica la existencia de innovaciones en la gestión administrativa y asistencial, los que además se encuentran respaldados por la revisión documental realizada.

Los estudios comparativos atingentes a esta área tampoco son concluyentes, excepto en el caso de la producción de prestaciones de salud del HPH cuyas tasas son superiores a las de los establecimientos control.

Diagnóstico Comunicacional:

Destacan las conclusiones de este análisis en el caso de los tres EE, las cuales se expresan entre otros en: un 88% de los funcionarios recomiendan su lugar de trabajo; entre el 69% y el 94% de los entrevistados aprueba los flujos de comunicación interna y el 92% entrega un gesto final positivo respecto a la organización en la que trabajan. Se evidencia un alto nivel de cohesión, sentido de pertenencia y vocación de servicio de sus funcionarios.

Encuesta a Usuarios Internos:

Entre las múltiples variables estudiadas, destacan “el orgullo de trabajar y pertenecer a la institución” con una aprobación entre el 80% y el 68% en los diferentes EE; “la existencia de instancias de participación” con una valoración por parte de los funcionarios contratados de un 61% a un 42%; la consideración de “brindar una buena atención a sus pacientes” con una valoración entre un 94% y un 78%.

Estos elementos positivos del Diagnóstico Comunicacional y las Encuestas a Usuarios Internos son principalmente atribuidos a la gestión que realizan los EE, donde el tema de RRHH se considera estratégico, tiene una alta prioridad y sus directivos del nivel superior ejercen un liderazgo destacado en los distintos niveles.

Sin embargo no hay puntos de referencia que permitan contrastar los resultados observados en los EE con otras experiencias, que pudieran resultar igualmente concluyentes.

Encuesta a Usuarios Externos:

Los resultados no son significativamente mejores a los observados en establecimientos seleccionados de la encuesta realizada el años 2009 a nivel nacional, con excepción del CRS CO cuyos niveles de satisfacción de la población usuaria están por sobre el promedio nacional y de los otros dos EE.

3 Recomendaciones

A continuación se hace una descripción en detalle de los **aspectos relevantes para una optimización del modelo experimental**, con sus respectivos antecedentes y recomendaciones.

3.1 Normalización de la situación de RRHH

3.1.1 Antecedentes

Las principales fortalezas del modelo experimental están en la definición de su dotación a partir de “horas semanales”, que junto con otras definiciones de los respectivos DFL y reglamentos, le otorgan la base para una gestión dinámica y flexible a este recurso, lo cual se expresa entre otros, 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, estas ventajas comparativas se ven contrarrestadas por la situación actual de los RRHH en los EE, cuya problemática ha ido tomando cada vez más relevancia, al punto que hoy es considerado como un punto crítico para la gestión de estas instituciones. En opinión de los consultores y que se expresa también en las entrevistas a los Directores, el problema tiene su origen en dos situaciones: la obsolescencia de los DFL y reglamentos que no han tenido modificaciones desde su creación y la exclusión de los EE de beneficios en las remuneraciones, las que han sido aplicados a todo el resto del SNSS.

3.1.2 Recomendaciones

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. Se recomienda considerar la nivelación de los tres EE respecto de los demás establecimientos del SNSS en cuanto a los beneficios otorgados a sus funcionarios durante los últimos años, tanto en cuanto a rentas fijas (Ley 20.261) como rentas variables asociadas a “Asignación de Estímulo” y “Asignación de Responsabilidad” (Leyes Nº 19.882, 19.937, 20.209, 20.261 y 20.270)²¹⁹.

²¹⁹ 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)

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

Cuadro N° 112

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.

- Respecto de los reglamentos de los tres EE que fijan el sistema de remuneraciones, se recomienda contemplar la actualización de éstos según solicitud de cada EE, para ajustar la dotación al incremento en la actividad y ampliación de la cartera de servicios que se ha producido desde su creación y que ha sido constatada en este estudio.

Recomendaciones del ámbito de los EE:

- Dar un mayor énfasis a la capacitación en habilidades blandas a los directivos intermedios, particularmente del ámbito de los profesionales de la salud, a objeto de optimizar aspectos organizacionales y de comunicación interna.

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

3.2.1 Antecedentes

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 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.

3.2.2 Recomendaciones

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. Se recomienda que las transferencias desde el FONASA sean definidas por presupuesto, en función de lo solicitado por los EE y cumplidas durante el año de ejecución. Este presupuesto inicial debiera idealmente estar ajustado a los costos reales de la actividad programada para el año y ser conocido al inicio del año, de forma tal de así poder los EE programar su actividad asistencial y su ejecución presupuestaria. La concordancia de los flujos con los movimientos mensuales facilita una adecuada gestión de los mismos. Se disminuye la incertidumbre que actualmente existe en cuanto a presupuesto y flujos en las transferencias, no sólo en el caso de los EE sino también de los No EE como muestra este estudio; la problemática que genera no se resuelve con un sistema de costeo. Estas recomendaciones reducirían el actual mecanismo de “aporte pago deuda” que se realiza en diciembre como una forma de paliar el déficit provocado por incumplimiento en el presupuesto transferido y/o sus flujos.²²⁰
2. 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, es decir, la entrega de reglas o parámetros a ser utilizados por FONASA para definir la proporción de PPV y de PPI en el presupuesto, sería una orientación de gran utilidad para los establecimientos al momento de hacer su presentación presupuestaria y programación de actividades, facilitando las negociaciones entre éste y los establecimientos.

3.3 Aspectos estratégicos institucionales

3.3.1 Antecedentes

La evaluación realizada en cuanto a diseño institucional y las definiciones estratégicas de los EE se consideran positivas por cuanto se observa consistencia entre estas definiciones efectuadas y las políticas emanadas desde el Nivel Central, sugiriéndose en cada caso

²²⁰ Se observó que en el caso del HPH, el presupuesto asignado en todos los años de estudio fue superior al efectivamente ejecutado (menores transferencias), apareciendo a final de año un concepto por aporte pago deuda.

específico, un mayor desarrollo o explicitación de aspectos puntuales que se consideran insuficientes; sí hay diferencias entre los EE, en cuanto al grado de adecuación y pertinencia especialmente de los productos estratégicos y sus indicadores, los cuales han sido presentados en detalle en la Matriz de Evaluación del capítulo de Comparación del Desempeño.

Las recomendaciones que se presentan a continuación tratan sobre otros aspectos considerados importantes para una adecuada gestión de las diferentes instituciones y que a juicio de los consultores, tienen una relevancia estratégica.

3.3.2 Recomendaciones

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 (MINSAL, FONASA y DIPRES), a objeto de lograr una mejor coordinación y colaboración, que contribuya con mayor fuerza a la implementación de las políticas en salud.

Recomendaciones del ámbito de los EE:

1. Para que la Planificación Estratégica se convierta efectivamente en una herramienta para la gestión, tanto para los directivos de los EE pero también para todos los actores que participan en el logro de los objetivos trazados, hay que considerar su focalización en aspectos estratégicos, en un modelo altamente participativo y con particular énfasis en la calidad y pertinencia de la información suministrada para el proceso. Esto es particularmente relevante para el caso del CRSCO.
2. Se recomienda asignar un profesional responsable del área de Control de Gestión y relevar esta unidad funcional estratégica para la gestión institucional en el caso del CRSM y CRSCO, dotándola de las herramientas necesarias para su funcionamiento²²¹.
3. Se recomienda implementar, agregar o mejorar según corresponda a la realidad de cada EE, funciones a los sistemas informatizados que entreguen información de gestión en línea, actualizada y confiable, tendiendo al uso de bases de datos únicas y a la informatización de los procesos clave. Esto se considera un elemento central de apoyo para el control de gestión.

²²¹ Ver más adelante punto Nº 6 y luego las recomendaciones respecto de Tic's

3.4 El funcionamiento de la red asistencial

3.4.1 Antecedentes

Uno de los aspectos más reiterados por los entrevistados, ha sido la inserción de los EE en su red asistencial. Dada la relevancia que tiene este aspecto, se ha incluido éste como un tema particular de análisis.

Los principales antecedentes que entrega esta evaluación se resumen a continuación:

Entrevistas: El resultado de las entrevistas a personas externas a los EE, en general consideran a los EE “adecuadamente insertos en la red”, y más aún, en algunos casos se presenta como una condición ventajosa a ser destacada; sin embargo, existen también opiniones opuestas a esta apreciación.²²²

La revisión de las entrevistas a personas de los propios EE, muestra éste como un tema central de interés y trabajo, con recursos humanos especialmente dedicados.

Revisión de antecedentes de los EE: el funcionamiento en red es una definición estratégica de los tres EE; se cuenta con estructuras organizacionales a cargo de este tema en todos ellos; entre las funciones de sus directivos, están explícitas los temas relacionados con el funcionamiento de la red y su participación en las instancias de coordinación tanto del SS como de la APS. Se han diseñado los procesos asociados a la derivación de pacientes dentro de la red y fuera de ella; el tema es monitoreado y se hace seguimiento de su funcionamiento.

Marco conceptual respecto de las redes asistenciales: en opinión de los consultores y según puede desprenderse de la definición entregada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales²²³ el adecuado funcionamiento de una red asistencial no está necesariamente vinculado al tipo de dependencia que tienen los establecimientos que la componen. Cabe señalar que en el Sistema Público de Salud, el principal componente de la red, la APS, no depende del gestor de red²²⁴ ni pertenece al SNSS sino a las municipalidades. El modelo existente incorpora otro tipo de establecimientos, incluyendo en forma creciente instituciones privadas dentro de la red de derivaciones, constituyendo ésta una política explicitada por la Autoridad Sanitaria y cada vez más utilizada por el FONASA y los SS.

²²² Según la Subsecretaría de Redes Asistenciales, “La forma de organización del sistema de salud, es a través de redes asistenciales e implica una nueva forma de relacionarse, a través de la articulación y la complementariedad entre sí, para alcanzar objetivos comunes y satisfacer las necesidades de los usuarios. Las características más relevantes de una red son la flexibilidad, la fluidez y la horizontalidad de las relaciones. Todas estas características, insertadas en el dinamismo que se constituye como el elemento clave, que debe ser incorporado en el Diseño/Rediseño de la red asistencial... el desafío está en aceptar la diversidad y gestionar las diferencias...”. MINSAL, “Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación”, Octubre 2010.

²²³ Ibid.

²²⁴ La reciente Reforma de Salud hace recaer esta función en el Director de SS.

Considerando las características ampliamente analizadas en esta evaluación respecto de la mayor flexibilidad que la normativa entrega a los EE para la gestión de sus recursos, así como la capacidad de adaptarse en forma dinámica a la demanda de su población beneficiaria, el modelo experimental estaría mejor diseñado para adaptarse a las definiciones que entrega la Subsecretaría respecto del adecuado funcionamiento de las redes asistenciales.

Por tanto, no parece haber elementos de juicio que permitan vincular la adecuada inserción de un establecimiento a su red asistencial, con el modelo de gestión del mismo.

Sin embargo, en opinión de los consultores, esta es una hipótesis que debe ser refrendada a partir de los resultados que entreguen evaluaciones realizadas específicamente en éste ámbito.

3.4.2 Recomendaciones

Recomendaciones de decisión del Nivel Central:

1. No se tiene conocimiento de indicadores en uso regular que permitan evaluar y comparar el funcionamiento de las redes asistenciales a nivel nacional, por lo cual se sugiere el diseño y la utilización de indicadores específicos para estos efectos; los consultores proponen como alternativa los siguientes:
 - a. Resolutividad de las Interconsultas solicitadas desde APS al nivel secundario (en términos de su realización efectiva): evalúa la capacidad de oferta del nivel secundario con respecto a la demanda de APS
 - b. % de pacientes referidos desde el nivel secundario a la APS, con diagnóstico certificado e indicaciones de tratamiento, respecto del total de pacientes atendidos a través de interconsultas desde ese nivel: evalúa la gestión de la contra referencia hacia APS
 - c. Interconsultas realizadas por el nivel de mayor o igual complejidad, en aquellas especialidades definidas como centros de referencia para la red: evalúa la gestión de la oferta ambulatoria de especialidades de los niveles de mayor complejidad en su capacidad de responder adecuadamente a la red
 - d. Igual indicador al anterior pero en términos de “resolución integral del motivo de la interconsulta”: evalúa la capacidad resolutiva de los centros de referencia de especialidades para la red
 - e. Otorgamiento de camas: evaluar en cada establecimiento de la red, el % de ingresos provenientes de los diferentes establecimientos: permite una visión del

funcionamiento en red en cuanto a la capacidad de trabajo colaborativo y adecuación de las normas de referencia para la atención cerrada²²⁵

2. Se considera de gran utilidad el definir con mayor claridad el ámbito de gestión de los EE y explicitarlos colectivamente, a objeto de facilitar la relación con los SS, evitando fricciones y concentrando los esfuerzos en el trabajo en red y la satisfacción de las necesidades de la población beneficiaria.

Recomendaciones del ámbito de los EE:

1. Se considera necesario el implementar y/u optimizar el uso, según corresponda a la realidad de cada EE, de un modelo informatizado para la gestión de la referencia y contra referencia, particularmente con la APS. Junto con ello pudiera presentarse, si corresponde, el modelo de financiamiento como plan de inversiones al MINSAL.
1. Incorporar en las definiciones estratégicas de todos los EE, los determinantes de salud de su población beneficiaria como objeto de estudio y seguimiento, de modo de que éstas se vean adecuada y suficientemente reflejadas en la cartera de servicios y modelamiento de la gestión de la red; a su vez estas deben ser consideradas al momento de evaluar resultados sanitarios.²²⁶

3.5 Respecto del Modelo Experimental

3.5.1 Antecedentes

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.

Tal como se explicita previamente, los resultados del estudio comparativo no se consideran concluyentes; sin embargo, los EE tienen en la mayor parte de los indicadores de producción una ventaja sobre los No EE, la cual se atribuye principalmente a: el modelo de dotación a partir de horas semanales, la facilidad en la contratación de servicios y personal a honorarios y una mayor flexibilidad en el uso de recursos financieros, todo lo cual caracteriza al modelo experimental y se muestran en este análisis como fortalezas.

Por su parte, los EAR están siendo evaluados a través de indicadores aplicados por el MINSAL principalmente en el año 2011, junto con otros establecimientos de alta complejidad según

²²⁵ Atención cerrada equivale a la atención en modalidad de hospitalizado; en contraposición a la atención abierta que equivale a la atención ambulatoria.

²²⁶ Los estudios de población beneficiaria de los EE presentados en esta área de evaluación, muestran indicadores de mayor vulnerabilidad y riesgo, especialmente en el caso del HPH, establecimiento que ha incorporado esta sugerencia en sus Objetivos Estratégicos del 2011-214.

información recopilada en el MINSAL²²⁷. Sin embargo, no se conoce de una evaluación del modelo propiamente tal, de los criterios de elegibilidad ni de la metodología aplicada en su definición.

De esta forma, están vigentes en el SNSS al menos tres modelos de gestión hospitalaria: EAR, tradicionales y EE.

3.5.2 Recomendaciones

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. La incorporación de un análisis de los criterios de elegibilidad y la metodología aplicada en su definición se considera como elementos que agregan valor a dicha evaluación.

3.6 Otras recomendaciones

1. Crear y/o profundizar el modelo de gestión a través de Centros de Responsabilidad, incorporando en él, todas las atribuciones y funciones que estos implican.
2. Implementación 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.
3. Incorporar el modelo GRD.
4. Respecto de los sistemas de información – Tic's:
 - a. Se sugiere que el MINSAL explice las políticas definidas en esta relevante área de gestión, a objeto de que los establecimientos tengan un punto de referencia que les permita orientar sus planes. Los ámbitos a explicitar incluyen los temas de financiamiento y aspectos como la aplicación universal o no de determinados software, la eventual generación de sistemas únicos para determinadas áreas, sistemas o áreas que deben ser externalizadas, entre otros.
 - b. Para el caso del CRSM, donde se construye el Hospital de Maipú, a juicio de los consultores, es de primordial importancia la incorporación de sus directivos a las mesas de trabajo en torno a un plan informático común.
 - c. Dada la relevancia que tiene la función informática, se sugiere que esta sea incorporada dentro de los planes estratégicos, de manera de alinear y orientar el

²²⁷ Ver entrevista con el Dr. Emilio Santelices, Asesor del Sr. Ministro de Salud / MINSAL

trabajo de dichas unidades en una visión de mediano plazo a través de un Plan de Desarrollo Informático. Para esto, las definiciones del Nivel Central se consideran como muy relevantes.

- d. Se considera que la incorporación de nuevos sistemas informatizados en los EE se facilitaría si ésta estuviera acompañada de la capacitación a algunos de sus funcionarios como “monitores expertos”, quienes apoyen en terreno el uso efectivo de los sistemas y sean contraparte para el Nivel Central en cuanto al funcionamiento y mejoras en las aplicaciones, cuando aquello corresponda.
5. Dadas las diferencias observadas en el gasto de RRHH asociado a Horas Extras entre los dos modelos comparados, se sugiere estudiar qué modelo resulta más eficiente para cubrir los servicios de urgencia y residencias: aquel aplicado por los EE o el de los EAR.
6. Establecer nuevos indicadores de rendimiento de RRHH, considerando la participación tanto de ítem 21 como del ítem 22 en el financiamiento de estos recursos.
7. Reforzar los mecanismos de evaluación respecto de las estrategias de focalización en el otorgamiento de los Productos Estratégicos y la medición de su impacto.
8. La participación de EE en convenios con instituciones docentes o centros formadores debe ser evaluada en cuanto a sus beneficios, ya que aun cuando se estima que esta es conveniente y beneficiosa, tanto como estímulo para los RRHH de los EE como en cuanto a la calidad asistencial, resulta de particular interés el poder objetivar y cuantificar dicho beneficio. El resultado de este ejercicio podrá ser un punto de referencia para otros establecimientos (benchmarking).

3.7 Respecto de las encuestas a usuarios externos:

3.7.1 Antecedentes

Siendo el usuario el foco de la atención en salud, planteada así por las Autoridades Sanitarias hace ya más de dos décadas, la encuesta aplicada se considera importante para conocer la percepción y evaluación que los usuarios hacen de los establecimientos, valorizando su opinión y dando un espacio para manifestarla. La encuesta realizada por GSC muestra un alto nivel de satisfacción en los EE, principalmente en el CRSCO, tanto en los aspectos de infraestructura como en la atención recibida por el personal auxiliar, profesional y las áreas de apoyo. Por otro lado, se observa que la imagen del Sistema de Salud está relacionada con la satisfacción con el establecimiento en que son atendidos. El aspecto principal que presenta insatisfacción, en los tres EE, tiene relación con los tiempos de espera para ser atendido y para conseguir hora cuando son derivados desde la APS.

El análisis comparativo con el estudio realizado por el MINSAL en el 2009, muestra que los usuarios se forman su opinión respecto del EE evaluado, incorporando lo que ha sido su experiencia en la red completa y no sólo en el establecimiento en particular, aspecto que debe ser considerado a la hora de analizar los resultados.

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. En otros términos, se recomienda considerar también las condiciones sociales, culturales y económicas de la población. El instrumento debiera permitir su comparación a nivel nacional, local, por servicio, etc. así como medir el impacto que tienen medidas específicas sobre la satisfacción del usuario. Se considera como un elemento crítico, el unificar la metodología de análisis.
2. Se debiera dar la opción a los SS y sus establecimientos, de aplicar el instrumento arriba referido en la medida que lo consideren necesario, para evaluar de esta forma también, su propio desempeño y las medidas que implementan.

Gerencia Salud Consultores

Evaluación Comprehensiva del Gasto en los Establecimientos Experimentales

Anexos

Gerencia Salud Consultores S.A.
30 de Abril del 2012

Anexos Capítulo 1: Diseño institucional

1. Anexos: Diseño Institucional

1.1. Anexo N°1: Prioridades Gubernamentales para el año 2011²²⁸

1. Avanzar en materia de calidad y mejora de la atención de salud en todos los niveles de atención, con énfasis en la satisfacción de usuarios, entregando una atención de salud oportuna, integral, digna y eficaz.
2. Otorgar a la población una atención primaria de calidad, resolutiva, costo/eficiente, acogedora y cercana, fortaleciendo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, fortaleciendo el rol como puerta de entrada al sistema de salud y su coordinación con la red asistencial, con equipo de salud motivados, estables y capacitados.
3. Fortalecer la Red de Salud, mediante una mejora progresiva de la infraestructura, el equipamiento, dotación y capacitación del equipo de salud asistencial y directivo.
4. Asegurar la oportunidad y calidad en el acceso a las garantías explícitas en salud GES, así como también en la coordinación sectorial para la reducción de listas de espera.
5. Mejorar la gestión administrativa y gestión clínica de instituciones del sector salud, con énfasis en la gestión hospitalaria.

1.2. Anexo N°2: Misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales 2011²²⁹

Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

1.3. Anexo N°3: Objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales 2011²³⁰

En paréntesis se señala las PG con las cuales se vincula cada OE:

1. Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativas para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas en Salud y

²²⁸ ²²⁸ Fuente: http://www.dipres.gob.cl/574/articles-74447_doc_pdf.pdf (Oct. 2011)

²²⁹ Ibid.

²³⁰ Ibid.

Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.(1,2,4,5)

2. Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.(1,3,4)
3. Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutividad y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.(1,2,4,5)
4. Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.(1,3,5)
5. Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento de uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sostenibilidad financiera del sistema.(2,5)
6. Potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional para acelerar la gestión derivada de las políticas ministeriales en los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de la Red Asistencial como de la Autoridad Sanitaria, focalizada en la recuperación de la infraestructura clínica deteriorada y derrumbada, para generar las condiciones que permitan recuperar el nivel de funcionamiento de la red asistencial, mediante la búsqueda de acuerdos que resguarden plazos oportunos para tramitación de decretos y toma de razón. (2,3,4,5)
7. Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado pre-hospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia y atención médica directa, para mejorar la oportunidad de atención de los pacientes.(1,2,3)

Cuadro N° 1.1
Análisis de los Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales 2011

Nº Obj. Estrat.	Ámbito	Área específica	Estrategias y/o instrumentos	Resultados esperados
1°	Gestión en red	- Alta complejidad - Garantías Explícitas en Salud (GES) - Régimen General de Garantías	- Estandarización del proceso de diseño y rediseño de redes - Uso de herramientas Normativas	Aumentar eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los Problemas de salud
2°	GES red pública	Funcionamiento del sistema GES	Gestión de Brechas operacionales	Generar oferta acorde a la demanda
3°	APS	Posicionamiento	- Aumento resolutividad - Integralidad de la atención a través del modelo de salud familiar y comunitaria	- Respuesta efectiva a la población y eficiencia en los diferentes niveles de atención - Mejorar la calidad de vida
4°	RRHH	Disponibilidad, distribución y competencias	- Fortalecimiento de la formación de médicos especialistas - Aumento de cargos	Mejor calidad y equidad en el acceso a la salud
5°	Recurso Públicos (financieros)	Gestión y uso	Uso de sistemas de gestión de costos y control de producción	Tender a la sostenibilidad financiera del sistema
6°	Gestión intersectorial e interinstitucional	Recuperación de la infraestructura clínica deteriorada y derrumbada	Búsqueda de acuerdos que resguarden plazos oportunos para tramitación de decretos y toma de razón	Generar las condiciones que permitan recuperar el nivel de funcionamiento de la red asistencial
7°	Red de Urgencia	- Traslado pre-hospitalario - Equipos clínicos	Aumento dotación equipos clínicos de priorización y atención directa	Mejorar oportunidad en la atención de pacientes

Elaboración Propia GSC

Se considera que con excepción del N° 6 (ver más adelante), los OE son pertinentes y adecuados en su formulación ya que hacen énfasis en:

- La implementación de la Ley de Garantías Explícitas de Salud y demás cuerpos legales de la Reforma Sanitaria iniciada el año 2000²³¹ que son obligación del Estado el proveerlas.

²³¹ Ley AUGE 19.966 Julio 2005

- El fortalecimiento de la APS como estrategia recomendada por organismos internacionales y que ha sido recogida en Chile particularmente desde la década de los 90.²³²
- La adecuada gestión de los RRHH y financieros en el sector público es parte de las políticas explicitadas por el actual Gobierno, orientados a la eficiencia y eficacia en su uso.
- El modelo de salud concibe la red de urgencia como una de las puertas de entrada del sistema de salud público, además de cumplir un importante rol asistencial dado que los accidentes y violencias son la 4^a causa de muerte en Chile y el 40% del total de muertes en el grupo entre 1 y 9 años de edad se producen por estas causas.²³³ No solo gravita en términos de mortalidad, sino de discapacidad, particularmente en la población joven.

Se considera pertinente incluir un OE adicional, asociado al tema de la evaluación, seguimiento y optimización de la gestión de establecimientos de salud, incluyendo los sistemas de información que cumplen un importante rol en la gestión. Es definida como una PG y tiene una alta incidencia en los costos del sistema, la disminución de brechas de oferta y demanda y la satisfacción de los usuarios.

En cuanto al OE N° 6, en éste se hace alusión a dos temas que a juicio de GSC, dada la relevancia de cada una de ellas y las diferentes urgencias que tienen, debieran tener un tratamiento por separado: temas relacionados con inversiones en tecnología, reposición de activos y otros, y en segundo término, la recuperación de la infraestructura de salud producto del terremoto. Por otro lado, no queda clara la relación existente entre “gestión intersectorial” con los temas planteados, ya que esta es necesaria para todo ámbito de acción de la SSRA; las estrategias planteadas dicen relación con la eficiencia en los procesos y sistemas de control asociados a la gestión de la SSRA, los cuales son aplicables para todas sus funciones.

²³² Conferencia Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud “Salud Para Todos al 2000” 1968

²³³ Fuente: Objetivos Sanitarios 2000-2010 MINSAL / Estudio de Carga de Enfermedad MISNAL Marzo 1996

1.4. Anexo N°4: Definiciones estratégicas del CRSM para el año 2008²³⁴

Misión CRSM

"Somos un centro experimental público de salud con una cultura organizacional en donde los trabajadores/as, la ciudadanía y directivos nos comprometeremos con la salud de la población, liderando en el sector salud las acciones sanitarias, financieras y la gestión de las personas, generando conocimiento y creación de valor "

Objetivos Estratégicos CRSM

Excelencia operacional:

- Mejorar la atención a nuestros usuarios, realizando capacitación continua orientada al usuario interno y externo.
- Mejorar el trabajo en equipo, coordinación, comunicación.
- Mejorar el funcionamiento de los procesos.
- Disminuir la proporción entre la ejecución de actividades no programadas v/s las programadas.
- Fomentar la investigación y publicación.

Orientación al Servicio:

- Formación a las jefaturas y funcionarios en un nuevo sistema de evaluación de desempeño.
- Mejorar la calidad y los procesos de atención.
- Abrir (crear) líneas de investigación aplicada (o de interés) a problemas de nuestros usuarios.
- Finanzas: destinar recursos para mejorar el servicio.

Fortalecimiento de Alianzas Estratégicas:

- Comunicación efectiva (Interna – Externa). Recepción interna – Externa.
- Fortalecer y mejorar la calidad de los procesos ya instaurados en el ámbito de la Red Asistencial.
- Finanzas: cumplimiento de compromisos establecidos.
- Irradiación: resultados positivos, generar y diseñar espacios.

²³⁴ Planificación Estratégica año 2008 CRSM

Innovación:

- Irradiación: generar y operativizar espacio para la generación y aplicación de ideas innovadoras para la reducción en los tiempos de espera, con talleres multisectoriales.

1.5. Anexo N°5: Misión Institucional CRS Maipú año 2011²³⁵:

"Somos un centro experimental público de salud, con una cultura organizacional en donde los trabajadores/as, la ciudadanía y directivos nos comprometemos con la salud de la población, liderando en el sector salud las acciones sanitarias, financieras y la gestión de las personas, generando conocimiento y creación de valor social en el marco de la eficiencia y eficacia."

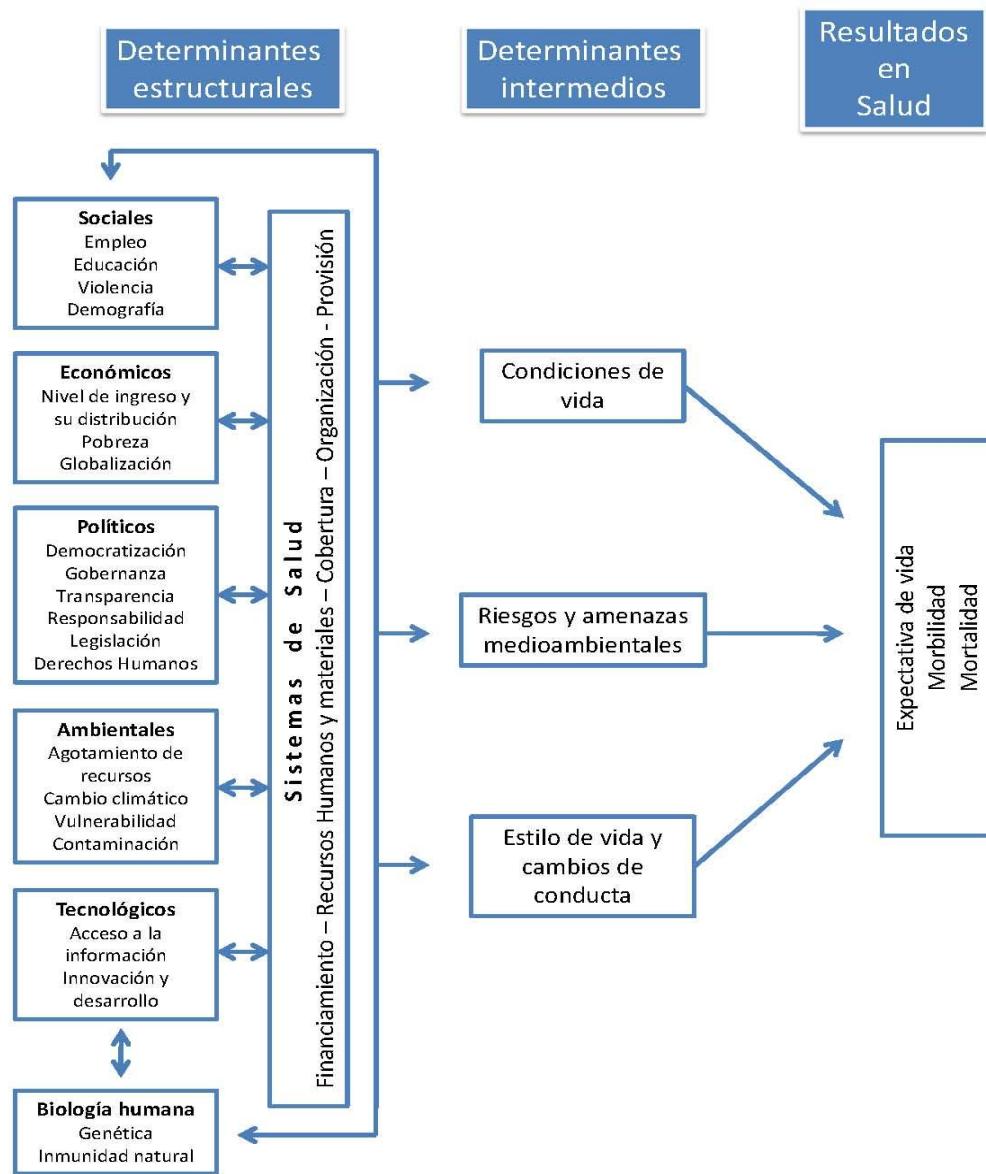
1.6. Anexo N°6: HPH: Objetivos Estratégicos Año 2011 - 2014²³⁶

1. Considerar el modelo estructural con mirada empresarial del hospital
2. Incorporar el concepto moderno que las empresas deben incluir necesariamente cuestiones éticas
3. Analizar la demanda de atención de Salud por áreas prioritarias y atingentes a la comunidad que atendemos
4. Detectar las oportunidades para incrementar la satisfacción, no solo de las demandas propias de salud, sino también aquellas originadas en las Determinantes Sociales de la Salud
5. Establecer las convergencias, divergencias y eventuales cambios en el Sistema de Salud, específicamente lo referido a complementariedades Público – Privado.
6. Fortalecer el Trabajo en Red desde y hacia la Atención Primaria y desde y hacia el Servicio de Salud y la Subsecretaría de Redes
7. Reconocer los convenios docentes como un instrumento de crecimiento para las personas e instituciones orientadas al desarrollo de la atención médica
8. Promover la Investigación tanto en el ámbito clínico como Epidemiológico y de Salud Pública
9. Formular y Evaluar opciones estratégicas en cuanto al desarrollo sustentable de los planes y programas
10. Promover un debate sectorial y extra sectorial sobre las propuestas que se originan

²³⁵ Fuente: documento "Definiciones Estratégicas" entregadas por el CRSM a propósito de esta evaluación en el año 2011. En las Bases de Licitación del presente estudio aparece una Misión para el año 2010 que es diferente a la aquí analizada (Ver Anexo N° 5)

²³⁶ Fuente: Planificación Estratégica HPH 2011 – 2014.

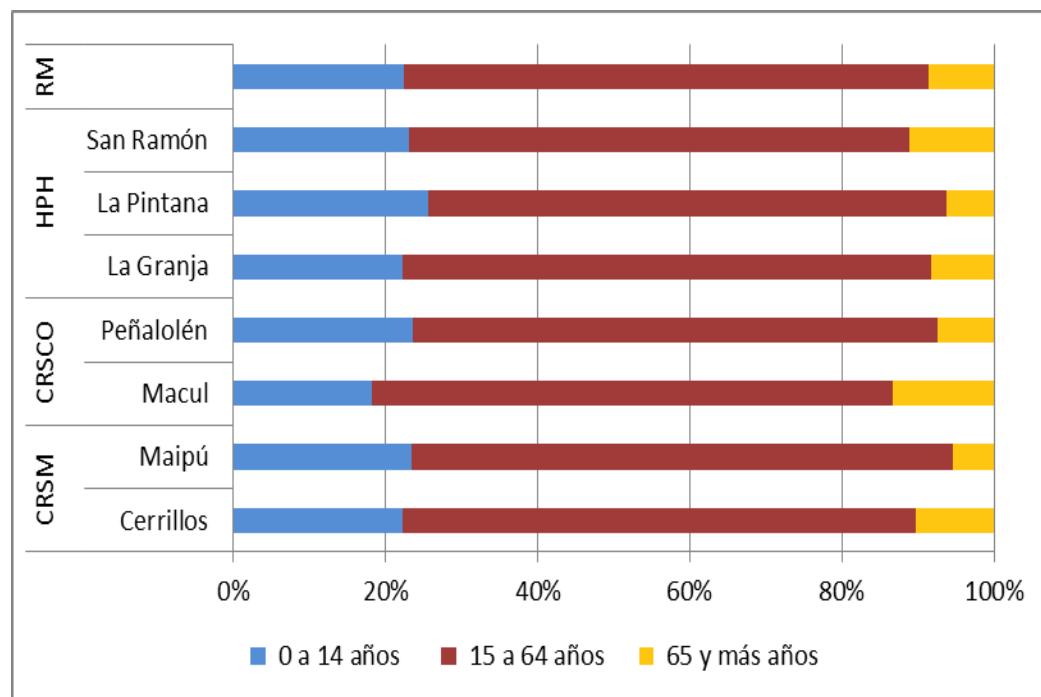
1.7. Anexo N°7: Salud y sus Determinantes: Interacciones de Salud y Ambiente



Fuente: E. Loyola / J. Canela / G. Fernández / C. Castillo – Salgado, 2006

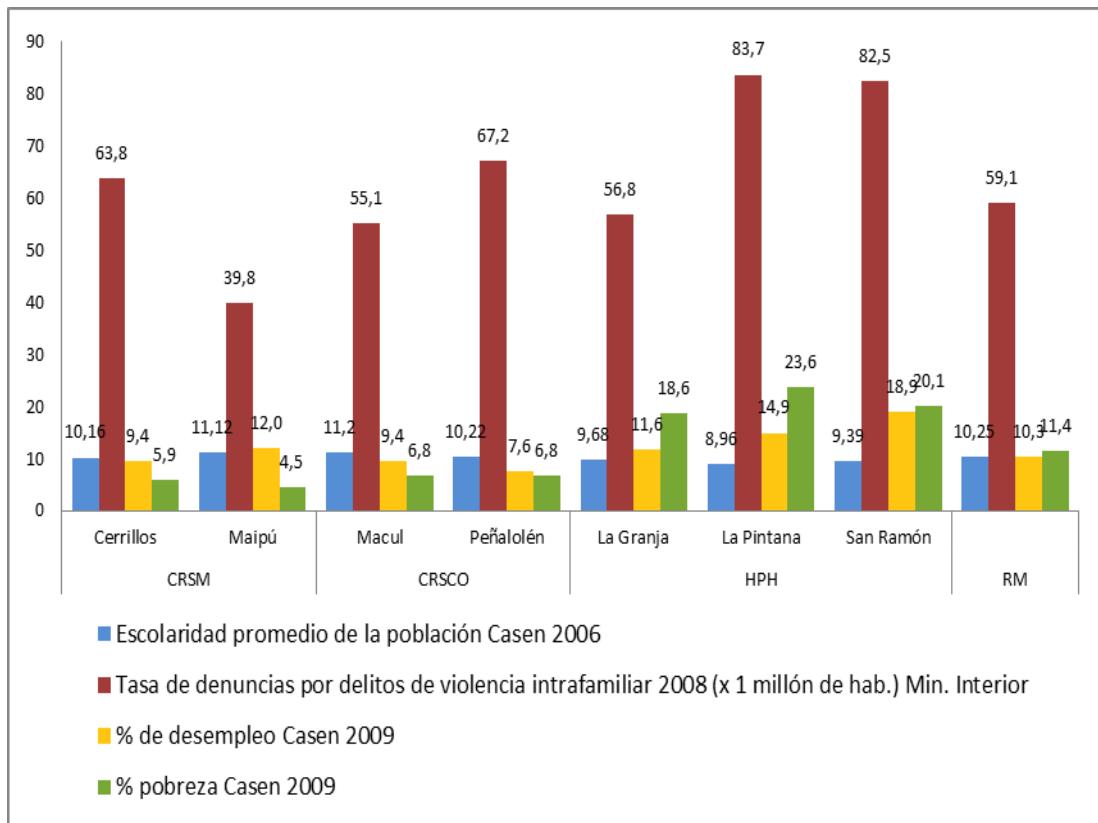
1.8. Anexo N°8: Antecedentes complementarios para el análisis de pertinencia de los Objetivos y Productos Estratégicos de los EE

Gráfico N° 1
Porcentaje de población según tramos de edad
INE 2009



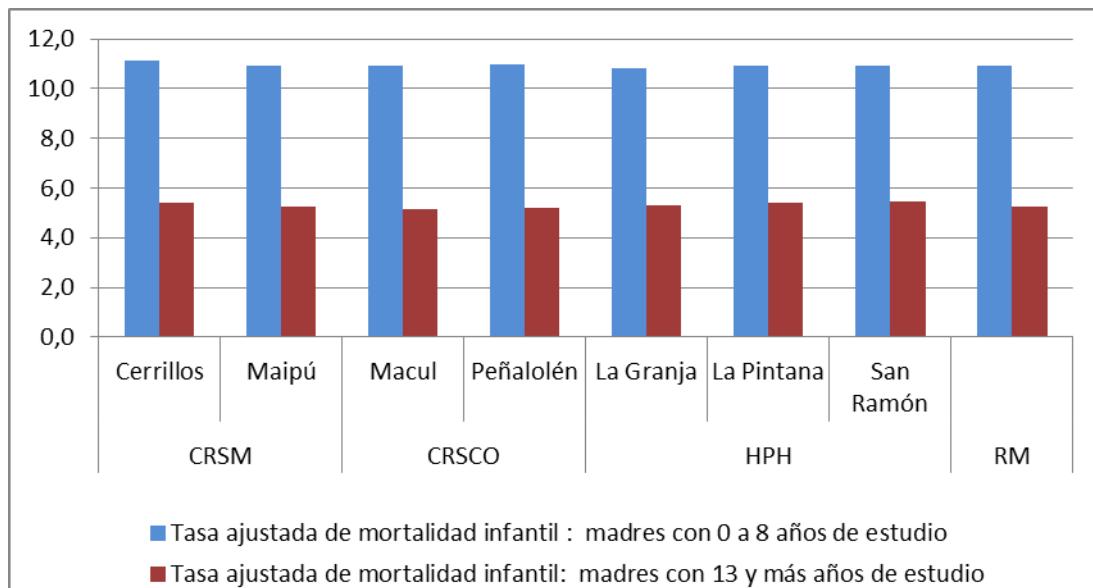
Elaboración Propia GSC

Gráfico N° 2
Algunos determinantes sociales del nivel de salud de la población
Fuentes: se señalan en leyenda



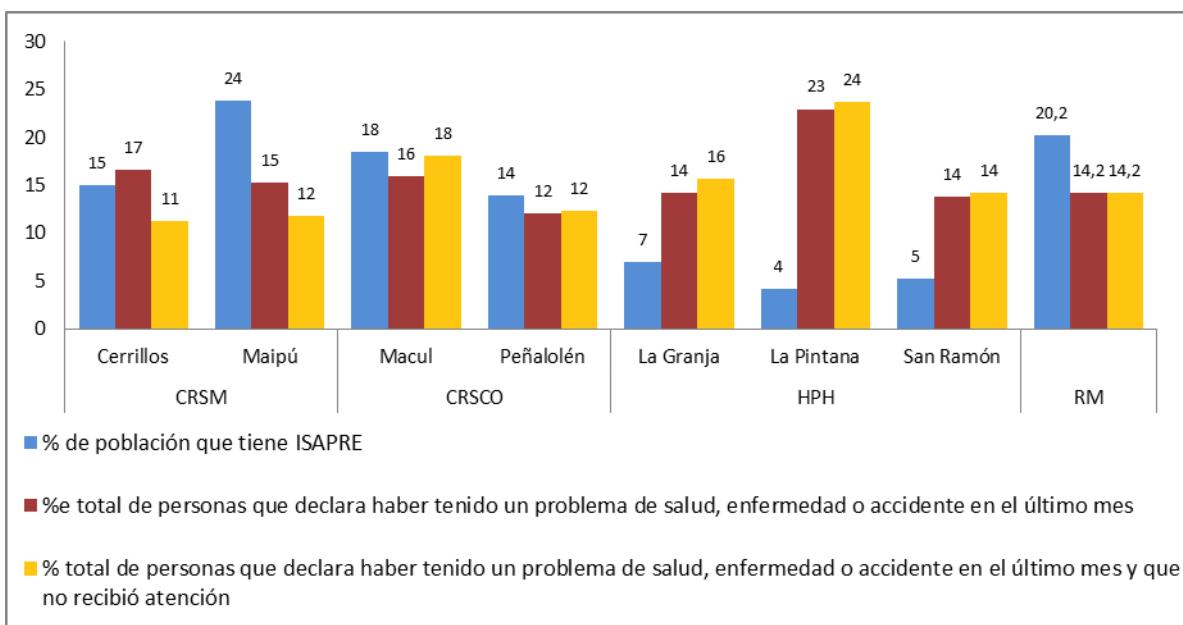
Elaboración Propia GSC

Gráfico N° 3
Tasa ajustada de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos y nivel de estudios de la madre
Decenio 1997 – 2006
Fuente: MINSAL



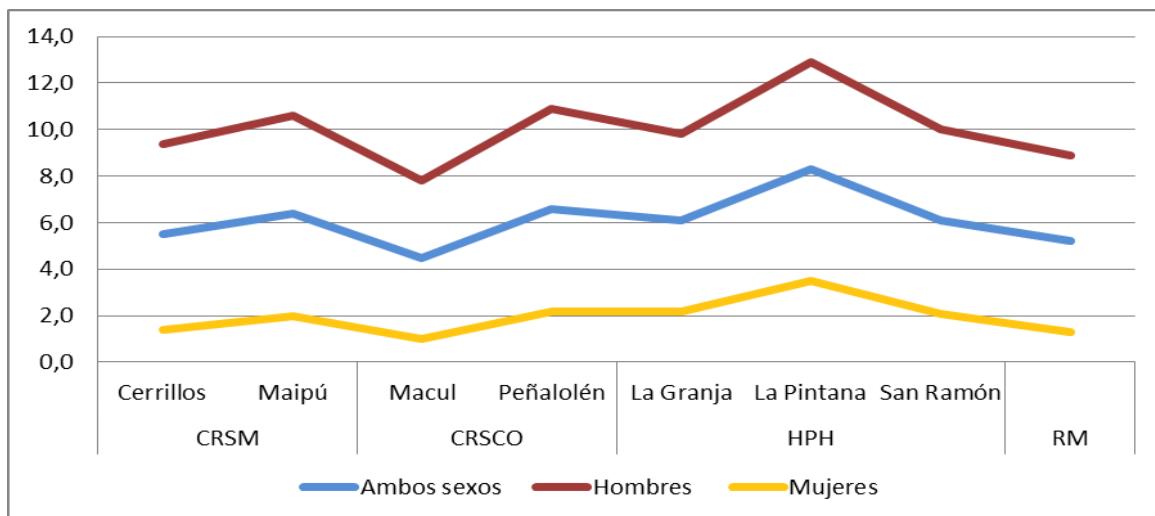
Elaboración Propia GSC

Gráfico N° 4
Algunos indicadores de opinión pública en temas de salud
Fuente: Casen 2006



Elaboración Propria GSC

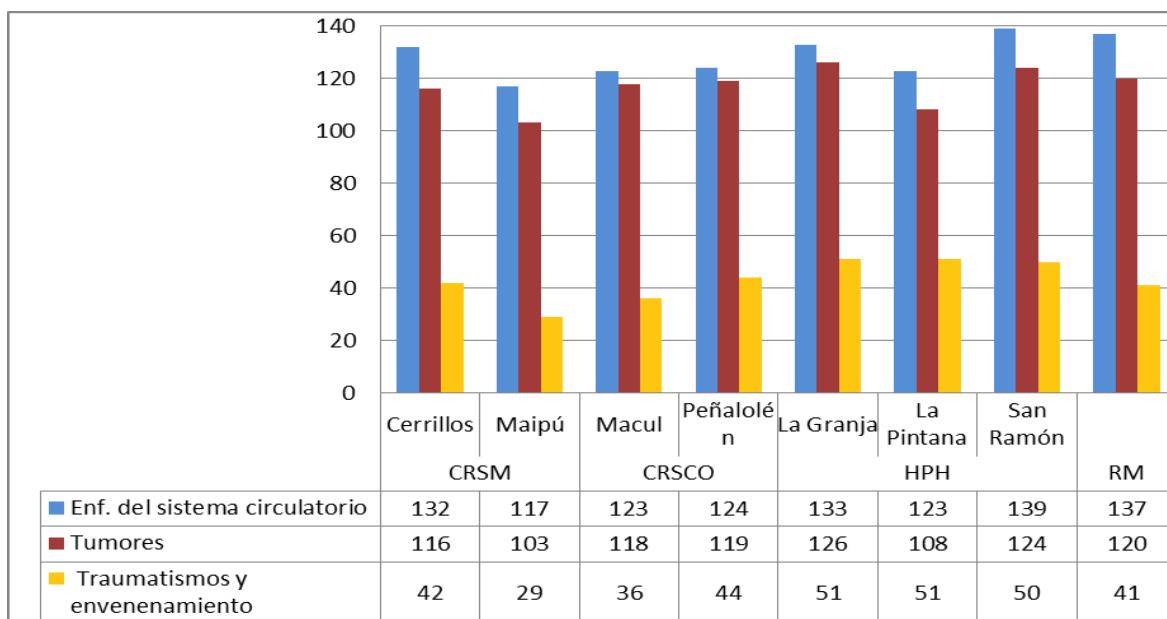
Gráfico N° 5
Pérdida promedio de AVPP* por cada defunción de una persona
ocurrida en el decenio 1997 – 2006
Fuente: datos DEIS - INE/CELADE



*AVPP: Años de vida potenciales perdidos

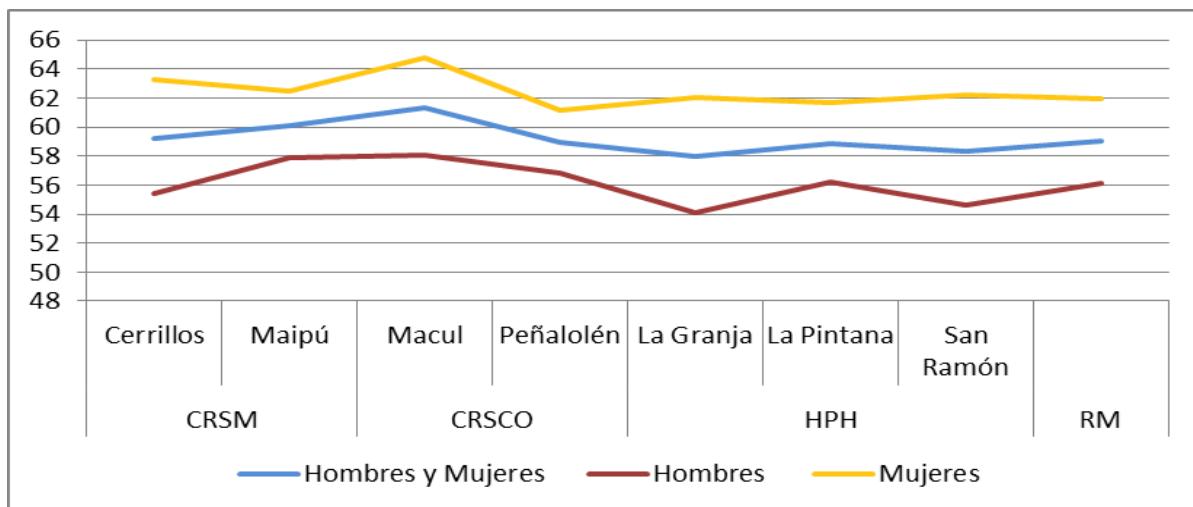
Elaboración Propia GSC

Gráfico N° 6
Tasas ajustadas de mortalidad por 100.000 hab.
Principales causas
Fuente: MINSAL 1997 – 2006



Elaboración Propria GSC

Gráfico N° 7
Esperanza de vida a los 20 años
Decenio 1997 – 2006
Fuente: MINSAL – INE – CELADE

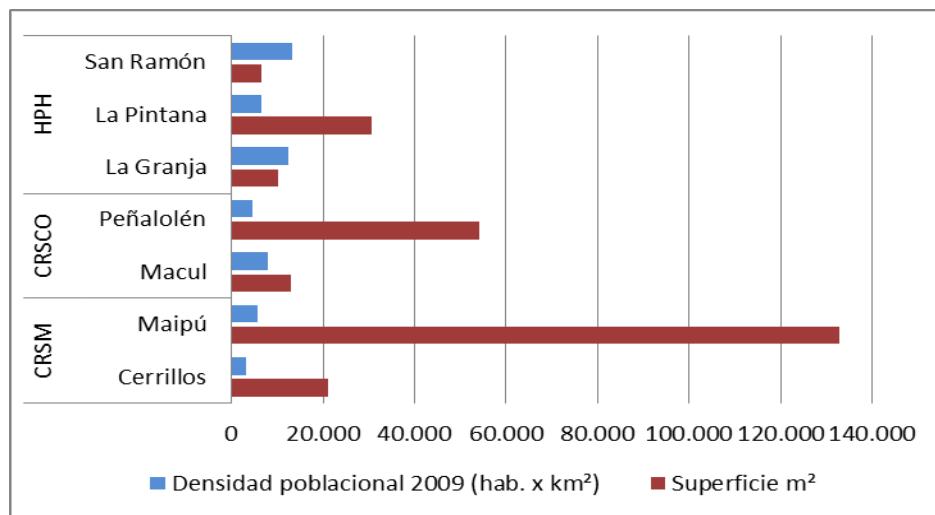


Elaboración propia GSC

1.9. Anexo N°9: Descripción de las redes asistenciales de los Servicios de Salud a los cuales se integran los EE:

El siguiente cuadro muestra la densidad poblacional y superficies de las comunas que corresponden a los EE, como elementos que aportan al análisis que se realiza para cada SS.

Gráfico N° 8
Fuentes: INE Año 2009 e Instituto Geográfico Militar



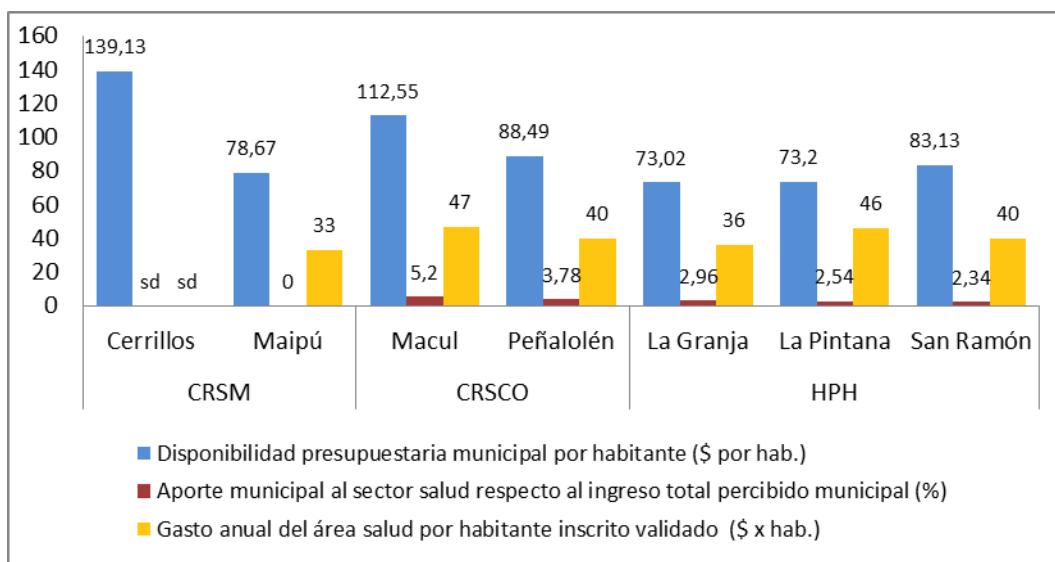
Elaboración Propia GSC

Como se observa, Maipú es una comuna con una gran superficie seguida por Peñalolén, asociado a una baja densidad poblacional; esto impacta en el diseño de la red asistencial, en términos de tener que cubrir áreas poco pobladas que se encuentran alejadas de los principales centros asistenciales; el rol de la APS en este tipo de red es muy relevante, e implica además un desafío para la estructuración de las redes de urgencia.

Por otro lado, las comunas que corresponden al HPH se caracterizan por una reducida superficie y una alta densidad poblacional, especialmente en la comuna de San Ramón y La Granja. Aquí el tema se concentra en garantizar la suficiencia de la oferta más que en la localización geográfica de los establecimientos de salud.

Otro elemento importante a considerar en este análisis es el relacionado con los aportes financieros de que disponen los establecimientos APS.

Gráfico N° 9
Indicadores de financiamiento APS
Año 2008
Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)



Elaboración Propia GSC

Lo primero que llama la atención es la variabilidad en la disponibilidad presupuestaria municipal por habitante, a lo cual se hace alusión en otro punto del presente documento, en cuanto a los criterios de equidad que rigen los presupuestos APS en salud; como se observa en la gráfica, las comunas con menores recursos son las que corresponden a poblaciones más vulnerables.

En segundo término, el bajo aporte municipal al sector salud respecto del ingreso total, siendo los más altos los de la comuna de Macul y Peñalolén y nuevamente los más bajos, aquellos que tienen los peores indicadores de riesgo social; la proporción de este aporte no

superá en ninguno de los casos estudiados el 5,2%. En cuanto al gasto, este tiene un rango bastante estrecho en las comunas estudiadas.

Análisis por Servicio de Salud:

Para la descripción y análisis de la red de cada SS, se presenta en primer lugar la población beneficiaria de cada comuna que lo compone según datos del FONASA 2010 y los diferentes tipos de establecimientos existentes según información del DEIS del mismo año.

En cuanto a la APS, se ha calculado para cada grupo principal de establecimientos (independientemente si están bajo administración municipal o del SS), la población que en promedio tiene asignada cada establecimiento; es decir, se divide la población beneficiaria por el número de establecimientos en cada grupo. De esta forma se puede comparar la disponibilidad de oferta, al menos en cuanto a infraestructura.

En cuanto al nivel secundario y terciario, el análisis se orienta a destacar las particularidades que cada uno de éstos tiene, focalizado en el rol de cada EE y los temas que aparecen como relevantes para efectos de este estudio.

Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC):

A este SS corresponde el CRSM. Como SS tiene la particularidad de tener bajo su tuición algunos centros de APS que en su momento no fueron municipalizados, a los cuales se agregan los que están bajo la tuición de las respectivas municipalidades, siendo particularmente numerosos aquellos que aporta la Municipalidad de Santiago y la de Maipú, ambas con la mayor cantidad de población beneficiaria del SSMC.

La red de establecimientos públicos de este SS se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1.2
Red de Establecimientos Públicos en el SSMC

Comuna	Población beneficiaria FONASA 2010	Centro de Salud Urbano	Centro de Salud Mental	Centro de Salud Familiar CESFAM	Centro Comunitario de Salud CECOF	Hospitales	Centro de Referencia de Salud CRS	Posta Rural	Servicio Atención Primaria Urgencia SAPU
Cerrillos	59.430	2	1						1
Estación Central	64.665	2	1	1	1				1
Maipú	301.951	6*	1	5**	2		1	1	2
P.A.Cerdá	102.943	1							
Santiago	204.836	5***	1	1		2			1
TOTAL	733.825	16	4	7	3	2	1	1	5

* 1 corresponde al SSMC

** 2 corresponden al SSMC

*** 2 corresponden al SSMC

La Comuna de P.A.Cerdá corresponde mayoritariamente al SSMC

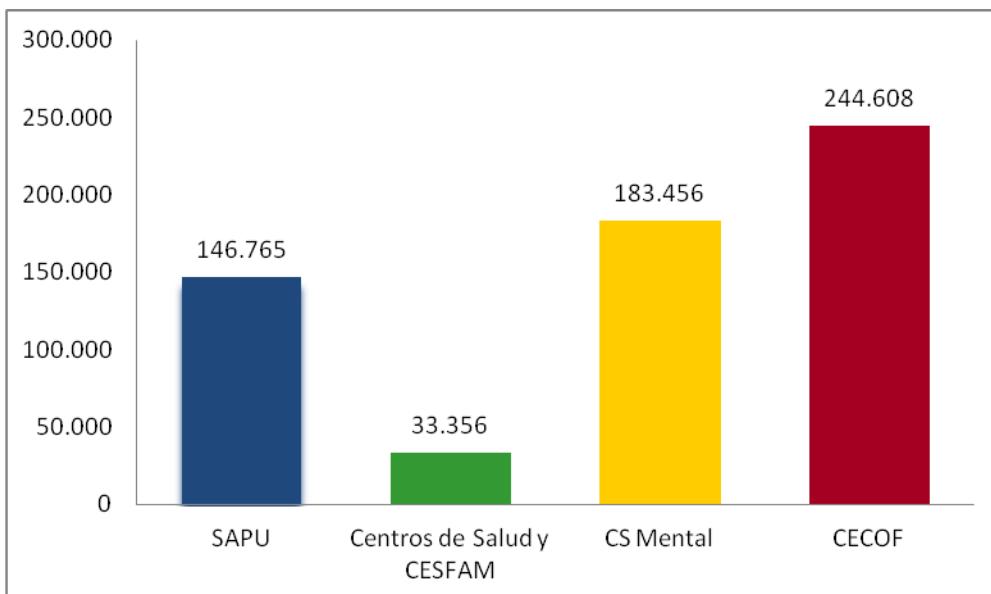
Elaboración Propia GSC

La APS:

Como muestra el cuadro anterior, los centros de salud y CESFAM son los más numerosos, cubriendo una población promedio de algo más de 33.000 habitantes por unidad, pudiendo inferirse que esta oferta en cuanto a infraestructura sería adecuada. Como contraste, aparece la menor presencia de CECOF y de Centros de Salud Mental, a pesar de la importancia que estos establecimientos tienen.

De los tres SS analizados, es el que mayor población concentra por cada SAPU, lo cual releva la importancia que tiene el Servicio de Urgencia del CRSM, al cubrir una importante demanda, especialmente en el área de adultos, donde el único otro centro para este tipo de atención lo constituye el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), que está a una considerable distancia geográfica para la población de Maipú y tiene una oferta frecuentemente saturada. La atención de mayor complejidad pediátrica suele concurrir o ser derivada al Hospital San Borja Arriarán (HSBA).

Gráfico N° 10
Población promedio asignada a cada tipo de establecimientos APS – SSMC



Elaboración Propia GSC

Los niveles secundario y terciario de atención:

El HUAP, uno de los dos hospitales de este SS, tiene un carácter muy particular, dado que corresponde a un centro asistencial de urgencia, que además de tener la asistencia ambulatoria, cuenta con camas, unidades de paciente crítico, pabellones, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y especialidades con alto desarrollo como es el caso de la Unidad de Quemados y la atención de trauma, lo cual lo convierten en un centro de alta complejidad y referencia nacional. Es además el centro de operaciones de la atención pre hospitalaria de la Región Metropolitana, el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

Con estas características, su rol sobrepasa el ámbito de la red del SSMC; sin embargo, existen mecanismos de derivación de pacientes desde este centro asistencial tanto hacia el HSBA como hacia el CRS, en la idea de liberar camas para pacientes que cumplen con el perfil que corresponde a este centro. Toda la atención que realiza es sólo para población adulta.

Por su parte, el HSBA es un establecimiento de alta complejidad, que tiene dos Servicios de Urgencia: Pediátrico y de Maternidad y un CDT adosado que está bajo la misma tutición del hospital. Cuenta con todas las especialidades médica quirúrgicas tanto adulto como infantil, excepto algunas cuya demanda es atendida por el HUAP o derivada a otros centros de referencia. Para varias especialidades es un centro de referencia nacional, entre las cuales está el Servicio de Quemados Infantil, el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, la Fundación Arriarán (centro de atención de pacientes VIH positivos y SIDA), entre otros.

Vista la red desde el punto de vista de la atención ambulatoria de especialidades, parte de esta demanda la cubren algunos centros APS que cuentan con una limitada oferta sólo en algunas especialidades; todo el resto de la demanda descansa sobre el CDT del HSBA y el CRSM, los cuales por su ubicación geográfica, resultan complementarios, al hacerse cargo de poblaciones diferentes al menos para toda la mediana complejidad.

La deficiencia de camas en este SS se ha hecho evidente desde al menos 20 años, explicada principalmente por el explosivo aumento de la población en la comuna de Maipú; los esfuerzos han estado centrados en fortalecer la APS, consistente con lo que han sido las políticas del MINSAL. Sin embargo, y particularmente en ciertos períodos estacionales y de brotes epidémicos, la falta de camas para pacientes tanto pediátricos como adultos, ha generado situaciones de grandes brechas de oferta y demanda, obligando a medidas como la reconversión de camas, suspensión de cirugías electivas entre otros, especialmente aplicable para la atención pediátrica.

Este hecho explica la existencia de camas en modalidad de atención cerrada en el CRSM, las que se crearon principalmente para suplir el déficit existente durante un brote epidémico en el año 2007. Estas reciben pacientes no sólo del propio CRS sino además del HUAP, en la idea de privilegiar aquellas para pacientes más críticos y considerar el CRSM como un establecimiento de descarga de pacientes menos graves. Es así como el rol de estas 30 camas es muy relevante dentro de la red del SSMS; constituye además una experiencia innovadora para un centro que en su diseño original está destinado al fortalecimiento de la atención ambulatoria de mediana complejidad y que no contemplaba la existencia de atención cerrada.

La construcción de un hospital en la comuna de Maipú se ha iniciado, en terrenos colindantes con el CRSM, en la modalidad de hospital concesionado, luego de más de dos décadas de estar en la carpeta de inversiones sectoriales. La forma en que se gestione y relacione este centro asistencial con el CRSM es un tema de alta importancia para la comuna y la población beneficiaria del sistema de salud público, por lo que debiera ser objeto de análisis entre todos los actores involucrados, con el objetivo de buscar la mayor eficiencia en el uso de los recursos que estarán disponibles, así como la mayor complementariedad entre ambos.

Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO):

Como se observa en la tabla, el perfil de este SS es muy particular, principalmente por la cantidad de hospitales que posee. Incorpora Isla de Pascua, que para efectos de este análisis se excluye, dado que constituye una zona insular, así como el Hospital Metropolitano que aunque esté ubicado en la comuna de Providencia, depende del SSMSO.

Cuadro N° 1.3
Red de Establecimientos Públicos en el SSMO

Comuna	Población beneficiaria FONASA 2010	Centro de Salud Urban o	Centr o de Salud Mental	Centro de Salud Familiar CESFA M	Centro Comunitario de Salud CECOF	Hospitale s	Centro de Referenci a de Salud CRS	Post a Rura l	Servicio Atenció n Primari a Urgenci a SAPU
Isla de Pascua	1.899					1			
La Reina	39.831	1	1	1	1				
Las Condes	82.994	1	1	1					1
Lo Barnechea	36.704	1	1		2				1
Macul	112.736		1	3					1
Ñuñoa	87.792		1	2					2
Peñalolén	184.988	3	1	3	1	2	1		4
Providencia	56.152	1	1	2		6			
Vitacura	22.348		1	1					
TOTAL	625.444	7	8	13	4	9	1	0	9

En la Comuna de Providencia se ha incorporado el Hospital Metropolitano que depende del SSMO

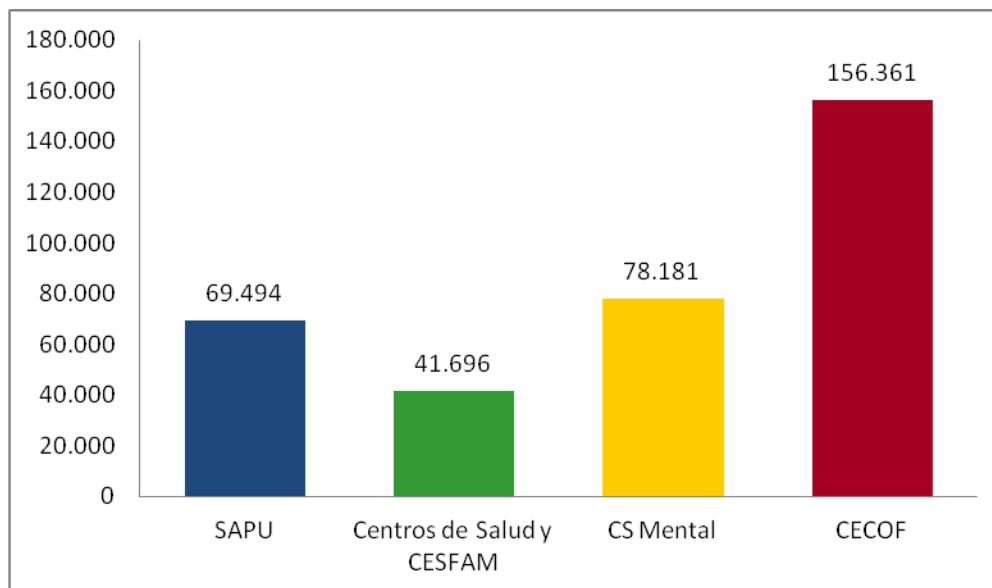
Elaboración Propia GSC

La APS:

La red asistencial de la APS dispone de la mayor cantidad de Centros de Salud Mental y CECOF en relación a población, comparado con los otros dos SS; en cuanto a los Centros de Salud, la cifra bordea los 41.000 habitantes. En cuanto a la atención de urgencia, la cantidad de SAPU está en una situación intermedia entre los otros dos SS; los Servicios de Urgencia se encuentran en el Hospital Del Salvador y en el Hospital Luis Tisné. Se agrega a esto, la atención de urgencia en las diferentes especialidades que aportan los institutos, según se señala más adelante, ya que corresponden al nivel terciario.

La mayor parte de las comunas que pertenecen a este SS se caracterizan por un perfil socioeconómico con mejores indicadores, lo cual impacta sobre los recursos municipales disponibles que son significativamente mayores, teniendo que cubrir una población beneficiaria que es proporcionalmente menor dada la importante presencia de estratos ABC1 en sus comunas, los cuales están afiliados mayoritariamente a ISAPRE y por tanto se atienden en el sector privado.

Gráfico N° 11
Población promedio asignada a cada tipo de establecimientos APS – SSMO



Elaboración Propia GSC

Los niveles secundario y terciario:

Como se señalara, este SS tiene 7 hospitales en la RM, lo cual marca una diferencia importante con cualquier otro SS, dado que con la excepción del Hospital Del Salvador y del Hospital Luis Tisné, los 5 restantes son centros de referencia nacional para diferentes especialidades y/o tienen el carácter de “institutos”, es decir, concentran su cartera de servicios sólo en un ámbito particular de especialidades. Es el caso de: Instituto de Neurocirugía, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Luis Calvo Mackenna, Instituto Geriátrico e Instituto de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda.

La atención que se realiza en el Hospital Del Salvador y en el Hospital Luis Tisné excluye por tanto las especialidades que están presentes en los institutos y la pediátrica que se da en el Hospital Luis Calvo Mackenna. Ambos se complementan en sus carteras de servicios, donde el Hospital Del Salvador concentra las subespecialidades tanto del área quirúrgica como de la medicina interna, la traumatología y oftalmología, odontología y cirugía maxilofacial, entre otras, así como toda el área de salud mental. Por su parte el Hospital Luis Tisné aglutina toda la atención Ginecológica, Maternal y del Recién Nacido, además de disponer de cirugía (especialmente general y digestiva) y medicina interna.

La ubicación geográfica del Hospital Luis Tisné y del CRSCO viene a suplir una deficiencia de atención de niveles secundario y terciario, que se genera a partir del aumento de la población principalmente en la comuna de Peñalolén; coincide además con la mayor cantidad de

población beneficiaria del FONASA en ésta comuna y la de Macul dentro de todo el SS. La existencia de toda la atención de la Mujer y el Recién Nacido, incluyendo la de urgencia en el Hospital Luis Tisné, responde al hecho de que la gran mayoría de los partos del SSMO ocurren en las comunas de Peñalolén y Macul.

Estos elementos descritos, particularmente la existencia de los institutos en este SS, hacen difícil evaluar la brecha que pudiera existir en cuanto a la atención del nivel secundario y terciario. Con todo, aparece como muy relevante el rol del Hospital Luis Tisné para el nivel terciario y el CRSCO para el nivel secundario en la atención de los beneficiarios de Peñalolén y Macul.

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO):

A este SS corresponde el HPH, siendo el que concentra la mayor cantidad de población beneficiaria de los tres SS analizados, sobre pasando el millón de personas. Lo constituyen comunas con alto crecimiento demográfico tanto por tasas de natalidad como migración: La Florida y Puente Alto especialmente.

Por otro lado, La Granja, San Ramón y La Pintana son comunas con indicadores socioeconómicos muy bajos, altos niveles de delincuencia y cesantía y población mayoritariamente beneficiaria del FONASA en sus tramos A y B. El HPH, que tiene como comunas beneficiarias a éstas, se ve afectado como se verá más adelante, tanto en el tipo de patología social prevalente como en el tema de ingresos propios, el cual se ve prácticamente imposibilitado por la población que circunda el establecimiento. Este punto marca una diferencia significativa con respecto a los otros dos EE, que perciben ingresos propios por atención a pacientes en modalidad Libre Elección del FONASA.

Cuadro N° 1.4
Red de Establecimientos Públicos en el SSMSO

Comuna	Población beneficiaria FONASA 2010	Centro de Salud Urban o	Centro de Salud Mental	Centro de Salud Familiar CESFAM	Centro Comunitario de Salud CECOF	Hospitales	Centro de Referencia de Salud CRS	Posta Rural	Servicio Atención Primaria Urgencia SAPU
La Florida	284.605	4	1	4			1	1	6
La Granja	119.050		1	3	2				2
La Pintana	163.833	1	1	5 1d					5
Pirque	16.168		1	1					5
Puente Alto	379.080	1	1 1d**	6 2d		1 1d			6
San José de Maipo	9.349					1			3
San Ramón	90.934	1	2	2	1	1			3
TOTAL	1.063.019	7	8	24	3	5*	1	1	30

*Se ha excluido la comuna de Providencia de este EE, dado que los pacientes que recibe el H. Metropolitano son del SSMSO.

** "d" hace referencia a los denominados "delegados" que son establecimientos que no están bajo la tutición ni del SS ni de la Municipalidad, pero que vende servicios a éste y para efectos de la red asistencial, se incorporan a ésta.

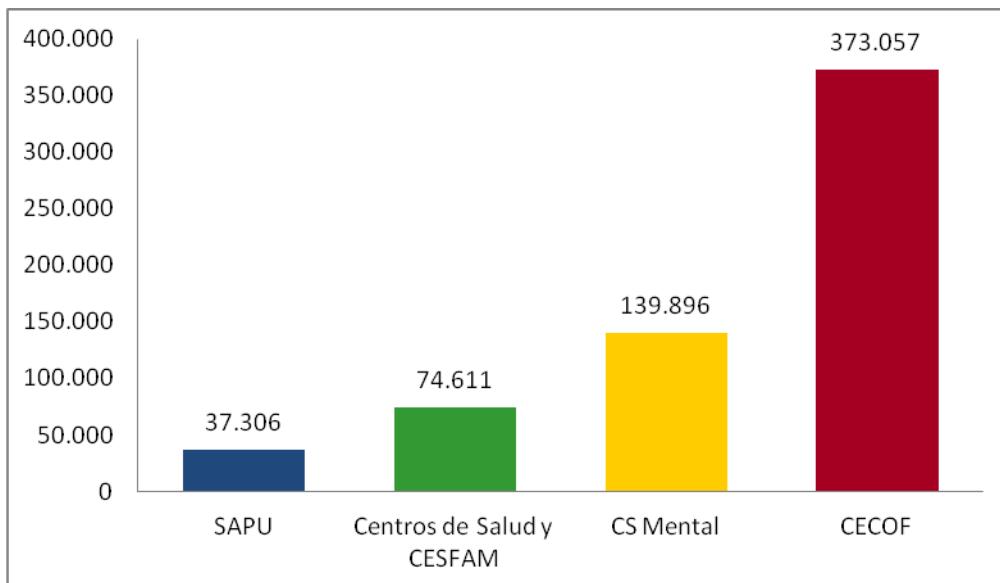
Elaboración Propia GSC

La APS:

La dispersión geográfica y cantidad de población beneficiaria de este SS explica en gran medida la red APS existente; como se observa, hay una mayor cantidad de SAPU que en los otros dos SS, cubriendo de esta forma una extensa área geográfica para la atención de urgencia, la que se complementa con los Servicios de Urgencia del Complejo Sotero del Río y el HPH que cubren la atención pediátrica, adultos y maternal; se agrega la atención de urgencia del Hospital de baja complejidad de San José de Maipo.

Sin embargo, la población promedio para cada Centros de Salud / CESFAM y CECOF, es significativamente mayor que en los otros SS, lo cual implica una mayor demanda de atención ambulatoria principalmente al CRS del HPH y los CDT adosados al complejo Sotero del Río. La población promedio de los CESFAM es casi el doble de aquella que tienen en su diseño original, generando brechas de oferta y demanda importantes en el nivel primario, que como se señala, impacta en forma directa sobre el nivel secundario CRS y CDT.

Gráfico N° 12
Población promedio asignada a cada tipo de establecimientos APS – SSMSO



Elaboración Propia GSC

El nivel secundario y terciario:

Son 5 los hospitales que conforman esta red asistencial. Cada uno de ellos aporta al nivel secundario, el cual está representado principalmente por el CRS y el CDT de los hospitales HPH y Complejo Sotero del Río, a los cuales se agrega la atención ambulatoria de los hospitales San José de Maipo y Josefina Martínez, establecimiento pediátrico de enfermedades respiratorias exclusivamente.

El Complejo Sotero del Río es un establecimiento que tiene 3 grandes áreas de atención ubicadas en edificios diferenciados: pediátrica, del adulto y maternidad, cada una con su servicio de urgencia y su atención de nivel secundario. Se agregan a estos, servicios especializados como son el centro de nefrología, de oftalmología, cuidados paliativos, salud mental, entre varios otros. Estas unidades tienen centros de apoyo diagnóstico y terapéutico en un alto nivel de complejidad.

Es uno de los centros hospitalarios más grandes del país, contando con una dotación sobre las 700 camas²³⁷ en todo el complejo, de las cuales 101 son de paciente crítico; éstos generan sobre los 43 mil egresos anuales. Sobre el 75% de estos ingresos son de urgencia, lo cual genera listas de espera para la atención programada, en el caso de cirugías electivas por ejemplo.

²³⁷ Fuente: Cuenta Pública Anual 2010 Complejo Sotero del Río

A pesar de los aumentos en la producción, las listas de espera son un tema relevante ya que existen para procedimientos, cirugías electivas y consultas de especialidades. Esto exceptúa las patologías GES que tienen sobre un 90% de cumplimiento en las garantías.

El Hospital Metropolitano, ex Hospital Militar, se agregó a la red del SSMSO en el 2009 con el objetivo principal de amentar la insuficiente dotación de camas, atendiendo solo pacientes adultos hospitalizados con patología médica.

El Hospital de San José de Maipo es un centro de baja complejidad, destinado principalmente a pacientes tuberculosos, alcohólicos y con otras patologías crónicas de larga estada. Cuenta además con atención general pediátrica y de adulto y un servicio de urgencia.

Finalmente, el Hospital Josefina Martínez es un establecimiento delegado, que trata sólo pacientes pediátricos con problemas respiratorios crónicos, siendo un importante aporte para el manejo de este tipo de pacientes.

En este contexto, el HPH se inaugura el año 1998, aumentando en forma progresiva los servicios ofrecidos a la comunidad, incluyendo el Servicio de Urgencia Adultos inaugurado en abril del año 2009.

Cuenta en la actualidad con más de 300 camas, de las cuales 40 corresponden a unidades de paciente crítico, un CRS y tres servicios de urgencia: adulto, pediátrico y maternal. Con este establecimiento, la red del SSMSO amplía su oferta en una amplia gama de la cartera de servicios y cubre una demanda muy importante generada por comunas de alta densidad poblacional.

Anexos Capítulo 3: Organización y Gestión

1 Anexos: Organización y Gestión

1.1 Anexo N°1: Marco legal, modelo de gestión y estructura organizacional

Antecedentes complementarios respecto del marco legal que rige los EE en cuanto a RRHH:

A continuación se señalan los aspectos de esta normativa que son comunes para los tres EE y que caracterizan el modelo de gestión de los RRHH en estas instituciones:

- La dotación se fija en la Ley de Presupuestos expresada en horas semanales, lo cual establece una diferencia respecto del sistema tradicional, en el cual se establecen cargos planta y contrata con jornadas predefinidas y fijas (la denominada “planta esquemática”). Esta modalidad es evaluada por los EE y consultores como una ventaja comparativa muy relevante, ya que otorga mayor flexibilidad en cuanto a la distribución, selección y asignación de funciones, considerando los requerimientos y necesidades para el logro de sus Objetivos y Productos Estratégicos.
- El Director debe organizar, distribuir y estructurar la dotación en cargos con los grados y jornadas que se requieran, lo cual permite ajustar los RRHH a las necesidades y demanda asistencial y de las unidades administrativas de soporte.
- Las remuneraciones se estructuran en base a tres ítems:
 1. Permanentes: constituido por el sueldo base y la “asignación EE”: Los montos están fijados para las escalas en base a jornadas de 44 horas, las que se pagan en forma proporcional de acuerdo a las horas contratadas
 2. Asignaciones Transitorias: de turno, de responsabilidad, de estímulo a la función y Alta Dirección Pública. Todas estas deben ser aprobadas por DIPRES anualmente y se establecen a partir de un porcentaje fijo respecto del sueldo base y de la asignación de EE. Para el personal que labora en sistema de turnos, no se utiliza el modelo de “horas extraordinarias” como ocurre en el modelo tradicional; la organización de estos recursos se realiza anualmente y depende exclusivamente del director, debiendo respetar las limitaciones y restricciones que establece la normativa legal en cuanto a cantidad de cargos y gasto. La asignación de responsabilidad es por ejercicio de funciones de jefatura, así como la asignación de estímulo que responde a labores con carácter especial.
 3. Asignaciones Variables: cumplimiento de metas de gestión, de desempeño individual, de excedentes y trabajos extraordinarios. De estas asignaciones se excluyen los directivos, ubicados en los niveles primero y segundo de dicha escala; las metas se acuerdan con el Nivel Central.

La simpleza y lógica que tiene este modelo tiene ventajas comparativas respecto del modelo tradicional en cuanto a la comprensión del funcionario respecto de su remuneración, facilidad para la gestión de remuneraciones y claridad en la gestión de los recursos. Es por tanto altamente valorado.

- No se define un modelo de carrera funcional para el personal de los EE como el que rige para aquellos funcionarios del modelo tradicional. Este es un tema que será analizado más adelante, ya que la visión de los EE es diferente.
- Se podrán contratar servicios externos incluso para funciones propias o habituales del establecimiento, lo cual incluye RRHH. Una ventaja comparativa altamente valorada por los EE y consultores, en cuanto facilita la labor asistencial en forma muy significativa, tal como se señalará más adelante.
- Las diferencias en las normativas entre los tres EE tienen implicancias en la gestión, por lo cual se hace un breve análisis comparativo de aquellos aspectos que en el desarrollo de este trabajo han aparecido como relevantes, a juicio de los entrevistados y de los consultores:

DFL que crean los CRSCO y CRSM:

Las normas son muy similares, con excepción del Artículo 21 referido a plantas del personal, donde para el CRSCO se señala textualmente “*Los empleos a contrata del personal afecto a la ley 18.834, se proveerán mediante concurso.*” En el caso del CRSM, este mismo artículo señala excepciones a esta normativa, que son “*los reemplazos originados por causas legales que podrán ser provistos mediante proceso de selección...*” Como se verá más adelante, este aspecto tiene serias implicancias para el CRSCO, ya que obliga a una tramitación que dura mínimo 10 semanas, lo cual entorpece seriamente la gestión asistencial del establecimiento.

El número de horas semanales para cargos de planta es igual para ambos EE.

Resoluciones que fijan el Sistema de Remuneraciones CRSCO y CRSM:

El modelo es muy semejante en ambos, fijándose escalas idénticas para los montos de remuneraciones permanentes. En las remuneraciones transitorias se observan diferencias en cuanto a la Asignación de Turno definida en el Artículo 3º, donde para el caso del CRSM, que tiene Servicio de Urgencia, se establecen dos categorías (incluyendo específicamente aquella de los profesionales ley 15.076 con un 49% de asignación). Para los demás funcionarios la asignación es de un 35% en ambos CRS.

En cuanto a asignación de excedentes definidas en el Artículo 4.3 del Reglamento, éstos están supeditados al cumplimiento del 100% de las metas de gestión; para el caso del CRSCO, el cumplimiento alcanza alrededor del 98%, situación que impide la distribución de los

excedentes que efectivamente genera el CRSCO. Esta situación es evaluada como una restricción que limita seriamente los incentivos para el personal.

HPH:

Tanto el DFL como el Reglamento son diferentes a los del CRSM y CRSCO; los aspectos diferenciadores más destacados son:

DFL que crea el HPH

- Especifica cuáles son las disposiciones del Estatuto Administrativo (Ley N° 18.834) que son aplicables a sus RRHH.
- Establece la contratación a través de concurso público (contratos de carácter indefinido), con excepción de los cargos de exclusiva confianza, facultándose además la contratación en forma directa cuando haya justificación para ello, sin exceder el 20% del total de las horas de la dotación (sin exceder el 31 de diciembre de cada año, existiendo la alternativa de prórroga).
- Define los criterios generales para el diseño del sistema de calificaciones. Este modelo está normado en el HPH, el cual ha sido aprobado por el MINSAL y Ministerio de Hacienda. (En el caso de los CRSCO y CRSM, se aplica el sistema de calificaciones de la Administración Pública, según se detalla más adelante).

Resoluciones que fijan el Sistema de Remuneraciones del HPH

Escalas de remuneraciones permanentes: Escala A) igual a la de los CRS EE; escala B) para otros profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares en grados 1° a 22 y C) planta directivos con “Asignación de EE” mayor a las definidas para los CRS EE.

1.2 Anexo N°2: Recursos Humanos: Impactos de la actual normativa en la gestión de los EE.

Referencia a entrevistas otorgadas por los Jefes de RRHH de los EE, como complemento del análisis entregado en documento.

CRSM

Carrera funcionaria, estabilidad laboral, capacitación y otros:

La carrera funcionaria como un elemento propio de los funcionarios de planta es planteada como una carencia por los gremios y funcionarios, sin embargo, a juicio del CRSM, este es un tema que no afecta el funcionamiento del establecimiento. En cuanto a estabilidad laboral, el mayor problema se evidencia en los profesionales no médicos que no tienen contrato y que optan por ejemplo a trabajos en municipalidades aun cuando el sueldo puede ser menor. Finalmente, dado que la capacitación financiada por el MINSAL de la misma forma que a todos los establecimientos de salud solo incorpora planta y contratados²³⁸, han desarrollado estrategias alternativas para ofrecer este tipo de beneficio a los demás funcionarios, entre las cuales se encuentran convenios con universidades, establecimientos de la red, instituciones de formación técnica y obtención de becas, las que no requieren de financiamiento.

Relación con los gremios: son tres las asociaciones, en las cuales se incluye personal en cualquier modelo de contratación. Se establecen mesas de trabajo regulares así como una comunicación periódica de al menos 2 veces al mes.

CRSCO

Bienestar, capacitación y otros:

El Servicio de Bienestar se rige de la misma forma que en el sistema tradicional. Tiene la desventaja al ser un establecimiento de relativa baja dotación, se ve limitado por no poder hacer economías de escala como ocurre en establecimientos con dotaciones mayores. El servicio es bien evaluado por los funcionarios.

²³⁸ Programa Anual de Capacitación (PAC) que establece un monto proporcional al ítem remuneraciones que debe ser utilizado para esos fines. Por Ley de Presupuesto esta sólo beneficia a contratados y funcionarios de planta.

1.3 Anexo N°3: Área Organización y Gestión

A continuación se presenta la transcripción (no verbal) de las opiniones de los Directores de los tres EE en cuanto a los siguientes temas:

- Modelo de gestión
- Cooperación interna y externa
- La gestión de los procesos de aprendizaje e innovación
- Gestión del cambio
- Los procesos de Planificación Estratégica

1.3.1 Caracterización del modelo de gestión

CRSM:

- El diferente marco legal entrega fortalezas operacionales, que dan un piso para establecer un modelo, para desarrollar una mayor integración en el trabajo público, como servicio integrado de salud. Para eso se ha alineado a la institución bajo ciertos parámetros, financieros, administrativos y clínicos, para ir dándole una orgánica y una articulación diferente.
- Se definieron inicialmente tres ejes en torno a los cuales se desarrolla el modelo: en primer lugar la comunidad; Segundo, los trabajadores y trabajadoras sin distinción de rango profesional (dentro de lo posible); Tercero, representar el depositario de las políticas nacionales del MINSAL.
- Para ello lo primero fue generar algunos objetivos en común, para aglutinar a los trabajadores de la salud con la comunidad para promover una mayor participación en función de las políticas nacionales de salud.
- Se ha ido llegando a un nivel avanzado de desarrollo de la organización, con la introducción de modelos de negocio y de gestión de las unidades centrales (6 unidades clínicas básicas), en que se estarían sentando las bases, materiales como de las personas, para introducir “realmente” un nuevo modelo de gestión asistencial hospitalaria.

CRSCO:

- El modelo de gestión del establecimiento está marcado más por ser CRS, que por ser un EE, ya que las directrices fueron definidas cuando se crearon (los CRS) en los años

noventa, como establecimientos que brindan atenciones ambulatorias especializadas y estando más cerca de la población demandante.

- El primer aspecto del modelo de gestión que se definió es el trabajo en red, en la lógica de fortalecerla.
- En la organización interna se realiza una separación de funciones y responsabilidades entre las áreas: médico – terapéutico (sub dirección médica); clínico – asistencial (sub dirección clínica) y el área administrativa – financiera (sub dirección de administración y finanzas). Estas tienen una estructura del mismo nivel jerárquico por lo que son pares en la toma de decisiones, formando un equipo poli-funcional y multidisciplinario, que trabaja coordinada y colaborativamente, dando sustento a la actividad médica.
- En esta misma línea se ha intentado introducir un liderazgo horizontal y participativo, orientado a la eficiencia, la calidad y la satisfacción del usuario.
- Siguiendo la lógica de la autonomía y la descentralización, todos son corresponsables, instalándose transversalmente en la organización un sistema de control de gestión. Sin embargo, falta tener una instancia que reúne y procesa la información en forma sistemática para alertar sobre la consecución y nivel de avance de objetivos.
- El eje transversal al modelo de gestión es la calidad. Para esto se cuenta con un sistema de gestión de calidad que tiene que ir dando cuenta de los procesos asistenciales (por la seguridad de los pacientes), y de los procesos administrativos, financieros y contables. Esto para asegurar la credibilidad del establecimiento. El 2007 se define la gestión de calidad con lógica ISO de mejora continua, documentando los procesos.
- Aparte de la capacidad técnica de los trabajadores de salud (que incluye el personal médico y no médico) se valoran las habilidades sociales para relacionarse con los pares y usuarios para aportar a la creación de una organización más horizontal que lo que la jerarquía pública normalmente impone, donde hay responsabilidades indelegables, pero donde es fundamental generar espacios de confianza, de respeto y de participación para mover a la organización hacia el éxito y la excelencia
- Se destaca, el identificar la cartera de prestaciones, enfocándola a aquello que tiene más coherencia con las demandas de la población. Se han ido enfocando a los objetivos sanitarios (fijados por el MINSAL para la década pasada y la que viene), que dice relación con el abordaje de enfermedades que tienen impacto en el riesgo cardiovascular y en la calidad de vida de las personas (rehabilitación física, mental y dental).
- En cuanto a la producción, el eje es hacia la ambulatorización de todas las prácticas, con un componente de trabajo en red fuertemente asociado a la APS a través del

sistema de referencia y contra referencia. Además se mantiene un fuerte vínculo con el Hospital Luis Tisné, para trabajar en forma complementaria.

HPH:

- Desde el comienzo, se plantea el Hospital como un establecimiento que tiene clientes (no pacientes) y que el cliente quiere y debe estar satisfecho. Así, la primera idea fuerza del modelo de gestión es que está centrado en el usuario, siendo este el foco central en las decisiones que se toman.
- La segunda idea fuerza del modelo se refiere a la evaluación continua de los procesos, como herramienta de la metodología de mejoría continua. Se diseñó una matriz de roles que se sigue para identificar y resolver los problemas que se presentan en el proceso.
- Se integran el concepto de compromisos de gestión, en cuanto al uso de los recursos económicos y humanos, que significa que se les debe exigir a las diferentes unidades del EE una determinada producción, y que ésta tiene que basarse en antecedentes históricos.
- La estructura de la institución debe ponerse al día con las nuevas exigencias del usuario, que se siente más empoderado. Ante esto, se plantea la necesidad de un gobierno más participativo, en miras hacia un modelo de “gobierno corporativo” (están actualmente en transición hacia ese modelo), en que se modifique la autoridad unipersonal y se aumenten las instancias de auditoría interna (probidad, transparencia, etc.) y externa, es decir, se crea una estructura de control. Esto no implicaría una modificación sustancial del DFL, al menos no en cuanto a la estructura.
- Dentro de este modelo, es fundamental el incremento de las competencias de los funcionarios, dado que no hay ascenso por antigüedad, que se mencionó ya como una debilidad del marco legal vigente de los EE.

Cooperación interna y externa - Opiniones de los Directores de los EE en cuanto al tema de:

CRSM:

- En relación a la **cooperación interna** se considera que es fundamental dar una debida consideración a los gremios paramédicos y médicos para los temas relevantes, a través de mesas de conversación y/o de negociación permanente con ellos.
- A nivel de la **cooperación externa** se destaca que se mantiene buenas relaciones formales con las autoridades del MINSAL y de FONASA.

- Con las autoridades municipales se ha desarrollado un buen trabajo, formulando objetivos en común y en una relación de cooperación.
- Con el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) se estima que hay históricamente una relación poco fluida, en donde, por ejemplo, el SS tiene un equipo llamado “Proyecto Hospital de Maipú” y ellos (el CRSRM) no participan.
- Con la DIPRES dicen que, antes de la ECG, no había relación (“no existíamos”) ni tenían un referente. El interés actual mostrado por parte de la DIPRES es visto como muy positivo, y la evaluación que se está realizando se ve como una oportunidad para mostrar los avances logrados.

CRSCO:

- Destaca la importancia de la existencia de una **cooperación interna** estrecha entre todos los estamentos, donde surgen liderazgos formales e informales e situacionales que potencian el trabajo del EE.
- En cuanto a la **cooperación externa**:
 - Se ofrece servicios de imagenología y laboratorio al Hospital Luis Tisné (24 hrs/365 días), así como el sistema de archivos y de fichas clínicas está a cargo del CRSCO para todo el complejo. Y el hospital vende horas médicas (por ejemplo 80% de la producción de ginecología y obstetricia es provista por personal del Hospital), en anatomía patológica como servicio diagnóstico y medicina transfusional; es decir, se complementan. De esta forma el CRSCO reconoce al Hospital vecino como su principal colaborador.
 - Se manifiesta desde siempre una buena disposición de parte del MINSAL y del FONASA, pero dice que falta una actitud más proactiva de parte de ambas instituciones, en particular en esta última administración, en que “los EE hemos quedado fuera de las coordinaciones de la subsecretaría”. Existe una buena relación con la subsecretaría de redes, que es también el espacio para hacer sugerencias y reclamos.
 - Además hay una buena relación con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) en su conjunto, incluyendo APS, particularmente de Macul y Peñalolén, con buena coordinación y cooperación, “tanto en vías formales como en informales”.
 - Con la municipalidad hay buena relación, pero también hay comunicación directa con los directores de los centros de salud, para facilitar el traslado de un paciente por ejemplo.

- Se mantiene un vínculo muy fuerte con la comunidad usuaria a través del Consejo Consultivo (“son tan parte de nosotros que lo siento como interno”), con los grupos de autoayuda, unidad de acompañamiento espiritual, y con las comunidades dependientes de la municipalidad, con el barrio y con el alcalde, estando incorporados en la mesa barrial.
- Por último, otros actores relevantes son los centros de formación universitaria y técnico-profesional (renovaron convenio con la Universidad de Chile, con la Universidad de los Andes en medicina interna, con el DUOC y con AIEP) obteniendo como retribución la formación de los estamentos técnicos y profesionales allá. Ellos tienen un rol importante también en la difusión de lo que se hace dentro del establecimiento, para ir instalando y perfeccionando la ambulatorización como modelo.
- La Directora expresa que le falta un espacio mayor de comunicación con el Ministerio de Hacienda.

HPH:

- Como elementos esenciales para la **cooperación interna**, el director del EE menciona al asesor jurídico, la socióloga a cargo de RRHH, y la Gerente de Calidad, epidemiología y con visión sanitaria. Otro elemento relevante son las organizaciones gremiales, siendo importantes en la propagación de la información, aunque la relación con ellos a veces es difícil.
- En el ámbito de **cooperación externa** se expresa:
 - Hay una cercanía con el subsecretario de redes (MINSAL).
 - Percibe actualmente un mayor interés por parte de la DIPRES.
 - Menciona una buena relación con las autoridades de la municipalidad y en particular con la comunidad, gracias a una relación de más de 40 años.
 - Por último, dice que sus mayores “hinchas” están en el sistema privado de salud, como muestra la evaluación que hace la Clínica Alemana.

La gestión de los procesos de aprendizaje e innovación

CRSM:

- En cuanto a la innovación que se está realizando dentro del CRSM, se ha traspasado el conocimiento a todos los funcionarios, a través de reuniones de grupos de especialidades y de unidades.

- El “Benchmarking” se considera como una herramienta importante y necesaria, pero no se ha hecho de manera sistemática también porque “cuesta encontrar interlocutores que tengan la humildad de poder hacer benchmarking”.
- Considera como importante difundir aquello en lo que están trabajando, el abrirse a ir a otros servicios asistenciales que tengan necesidades donde ellos puedan aportar. Así como también recibir personas interesadas en conocer el modelo que están aplicando (menciona a personas de Temuco y a la Universidad Andrés Bello que han ido a observar el modelo que se aplica en el EE).
- Lo que dificulta esta tarea es, en su opinión, la sensación que deben “protegerse permanentemente contra los críticos del modelo de los EE”, algo que les inhibe para proyectarse más hacia fuera.

CRSCO:

- Destaca que la innovación es un “mecanismo de supervivencia en la época actual de tremendos cambios”. En el establecimiento se tradujo el concepto de “experimental” por el de “laboratorio” para la innovación en la gestión pública de salud.
- En el ámbito de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC’s), fueron piloto con el bono MAI de FONASA (que se terminó porque era muy caro); también fueron piloto para el SIGFE, el sistema de referencia y contra referencia de agenda (RECEBRA), y se ha apoyado aquellas iniciativas de investigación aplicada que pueden ser de utilidad para las prácticas médicas.
- No se producen documentos como tal para que se evalúen y eventualmente repliquen las prácticas, pero se hace referencia a las diferentes iniciativas en la cuenta pública de cada año, en las instancias de reuniones del SSMO que son informadas a nivel local, así como todas han sido informadas a las autoridades ministeriales.
- Otra forma para difundir lo que se realiza en el establecimiento, es la visita de parte de equipos de salud de distintos hospitales del país que van a conocer la experiencia del EE en cuanto a la ambulatorización (ámbito en el que son reconocidos como autoridad), considerándose como una “vitrina” para que las personas interesadas puedan mirar los procesos y copien lo que les acomode más para su propia realidad.

HPH:

- Por la importancia que se otorga a este tema, el HPH va a crear en el ámbito de la gestión una subgerencia de calidad de gestión clínica, otra de calidad de gestión de educación y formación, y una última de calidad de los fenómenos administrativos,

como instancias ejecutoras (ya que dice que la Gerencia de Calidad existente no es ejecutiva ya que no cuenta con la amplitud necesaria). También se va a generar una auditoria en estos mismos ámbitos, es decir: auditoria de calidad de gestión clínica, de calidad de gestión de educación y formación y de calidad de los fenómenos administrativos. Esto con el fin de monitorear y dar seguimiento a estos tres grandes procesos.

- Como estrategia no declarada explícitamente, el director del HPH incorpora todos los años a una o dos personas nuevas, que vienen de distintos ámbitos, como parte de la innovación.
- Se logró que se incorporaran cada año dos personas del establecimiento a este programa, lo que ha permitido innovar a través del contacto con profesionales de otras áreas.
- Otra manera para innovar es vía benchmarking. En cuanto a la difusión de los buenos resultados obtenidos, el director identifica en especial lo siguiente: que todo software que se ha desarrollado para el Hospital, son propiedad de ellos: Por ejemplo, en el caso de digitalización de imagen (en que entregaron el software de manera gratuita a otra institución), lo que permitió que se hicieran conocidos en ese aspecto.

Gestión del cambio

CRSM

- El director del CRSM reconoce que hay elementos más conservadores dentro del personal del EE que dificultan la introducción de cambios. Pero hay otros, como por ejemplo los paramédicos en urgencia y las enfermeras, que han tenido una mejor disposición.
- La manera de enfrentar las resistencias al cambio, principalmente por parte de los médicos, es no entrar en conflicto con ellos. Manifiesta que se da un fenómeno en que los médicos no están siendo validados por aquellos que ellos debieran liderar (enfermeras y paramédicos), y que por otro lado, viene una generación nueva de médicos, que tiene una postura diferente, en que no se suman a las posturas tradicionales conservadores, teniendo una actitud más abierta frente a nuevas propuestas, de hacer las cosas diferentes. Es por esto, que según el director, están funcionando bien los cambios introducidos en la hospitalización domiciliaria, la de corta estadía y odontología.

CRSCO

- Para la directora del CRSCO, el obstáculo más grande para los cambios que se están realizando son las contingencias a las que está sometido siempre el sector, es decir los cambios de autoridades, pandemias, terremotos, en que las prioridades son siempre otras.
- En cuanto a resistencias al cambio dice no haber tenido este problema, ya que cuando abrieron como CRS, “éramos como 70, varios éramos jóvenes” (ahora, la media de edad de los funcionarios del establecimiento es de entre 30 y 35 años, con un número importante de funcionarios que rondan los 25 años). Las personas que se quedaron “nos compramos el cambio”, y aquellos que se han incorporado después ya vienen con esa impronta marcada. “Muchas veces la gente nuestra quisiera más cambios y más rápidos para adaptarnos a las exigencias que tenemos”.
- Sí tuvieron dificultades con el gremio médico, “por un tema de modelos mentales, les cuesta mucho más asimilarse” a los cambios no sólo del establecimiento, sino del mundo de la salud, a las nuevas exigencias, al someterse a la estandarización de las prácticas, a los protocolos, al control de horarios, “al no ser el jefe del equipo, porque ahora el jefe del equipo es todo el equipo”, así como a las exigencias de los pacientes y usuarios, que son distintos a lo que existía hace 10 años.
- Con respecto a los médicos nuevos, considera que ellos son más individualistas en sus intereses, destacando más el aspecto de remuneraciones y la ganancia en experiencia técnica, sin tener un interés tan marcado por el “servicio público”.
- Con la asociación de funcionarios del CRSCO, que no tiene médicos entre sus afiliados, se ha creado una instancia colaborativa para mejorar las condiciones laborales, por lo que no han tenido mayores conflictos.

HPH

El director del HPH relata cómo se rechazó al principio el modelo:

- En cuanto por ejemplo a tener un ‘gerente general’, donde lo de “hospital – empresa” no era concebible en ese momento;
- Cuando se enfatizó que el centro de las actividades era el cliente (paciente) y no los recursos humanos, los funcionarios expresaron su resistencia;
- Desde el punto de vista político, se sospechó que se estaba privatizando el HPH. El HPH fue el primer hospital que se construyó como hospital nuevo, lo que produjo ciertas envidias, en cuanto a la amplitud, los jardines, en fin, de las ventajas que tenían.

- Las resistencias en el ámbito externo se reflejaron también en las aprensiones de los gremios, como la FENATS, la CONFENATS, el Colegio Médico, ya que veían que se estaba creando un sistema distinto de remuneraciones, que se escapaba a su poder de negociación. Reconoce que actualmente el conflicto mayor dentro del hospital lo tiene con los médicos.

Los procesos de Planificación Estratégica

CRSM:

- El CRSM inicia su Planificación Estratégica (PE) en el 2003, como una carta guía para poder orientarse a los objetivos, siendo un referente constante para la gestión del director. Ésta se realizó con mucha dificultad, que incluso se manifestó en un pequeño paro de parte del personal, que se opuso a su realización.
- Este año (2011) debe replantarse el alcance de este ejercicio. Sin embargo no se ha logrado cumplir a cabalidad hasta la fecha (dice haber logrado solamente un 45%), por aspectos como:
 - en primer lugar la cultura organizacional y gremial del sector, en que no se está acostumbrado a trabajar con planificación;
 - segundo, las contingencias políticas, con cambios frecuentes que dificultan una planificación;
 - tercero, la insatisfacción funcional y de pacientes que es una cosa permanente pero que se ha ido superando paulatinamente;
 - y finalmente, la politización y burocratización del sistema de salud. Los meses de mayo a agosto se reconocen como meses donde el tema gremial y político es fuerte, debido a las reivindicaciones y las negociaciones políticas en torno a eso, que afectan al establecimiento. Por otro lado, en esos meses ocurre también la campaña de invierno, que les significa una carga de trabajo funcional enorme y que no se recompensa adecuadamente desde el punto de vista presupuestario.
- En cuanto a la participación en la PE, se comenzó con los niveles directivos que diseñaron los grandes objetivos y la razón de ser de la PE, y luego se incorporaron las diferentes jefaturas, los funcionarios y a los 3 gremios que hay en el establecimiento.
- La comunidad también tuvo participación en la PE, a través del consejo consultivo, que en el caso del CRSM tiene carácter de intercomunal, ya que abarca Maipú y Cerrillos;

- Además se incorpora a la PE la inauguración del Hospital de Maipú que va a provocar un alto grado de exigencia para toda la organización y que va a requerir un nuevo esquema organizacional. Habrá que conformar un equipo nuevo para la gestión, lo que va a significar en opinión del Director un salto cualitativo que va a requerir un gran esfuerzo “desde el jardinero hasta el director... ya que el cambio va a ser de 180°.

CRSCO:

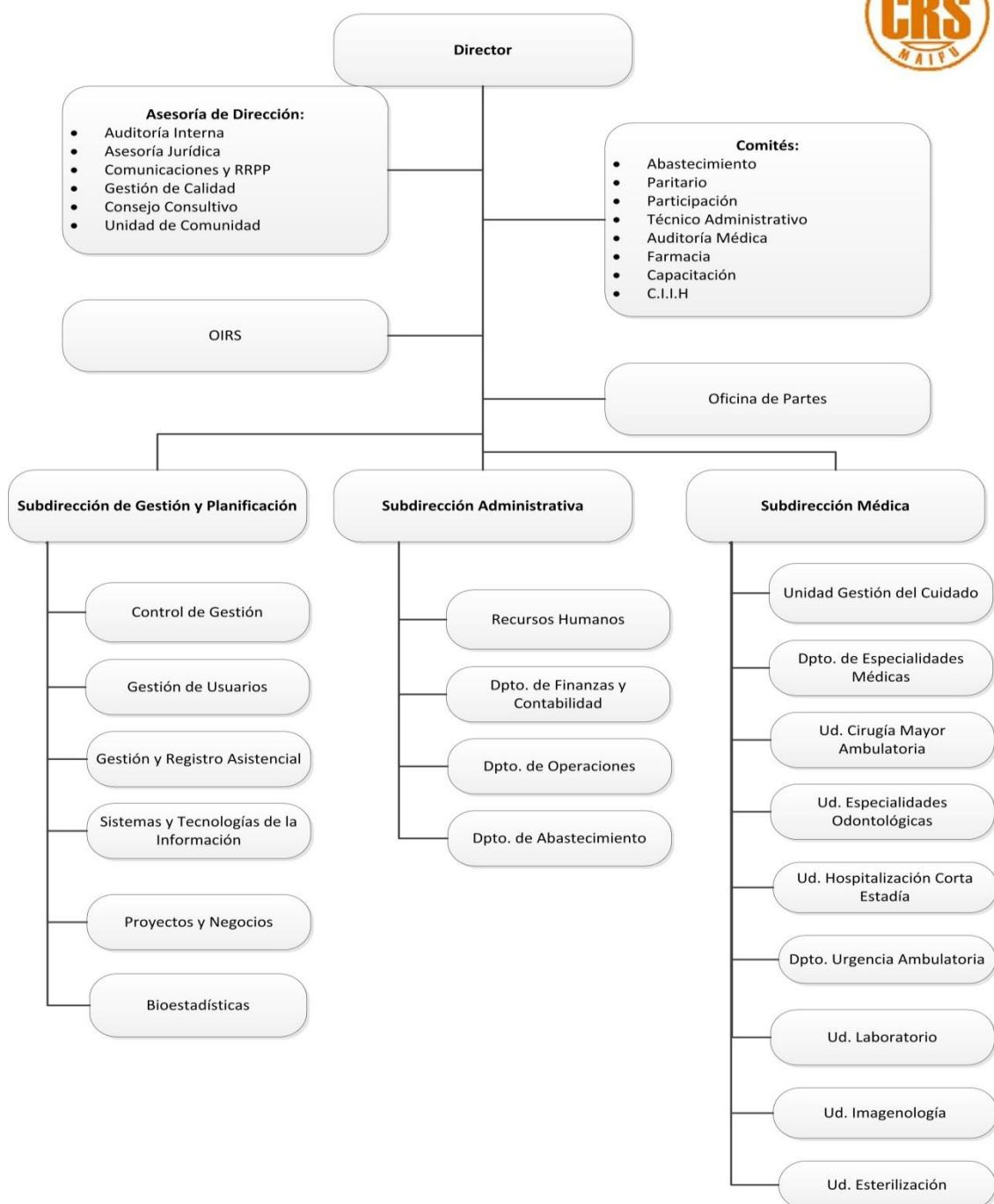
- En el CRSCO, en la última PE (2008 – 2010) se incorporaron las demandas más sentidas de los trabajadores, que pasaban por tener soluciones innovadoras en el ámbito asistencial.
- En cuanto a calidad, se estableció un alto sentido de exigencia y excelencia personal, en que la calidad tiene que ir dando muestras concretas que se está avanzando, no quedando sólo en el discurso.
- En capacitación el desafío es tener definido los perfiles de competencias para cada puesto de trabajo, de manera participativa, en que el comité bipartito define y supervisa.
- En el proceso de hacer la PE todos tuvieron opción de poner sus demandas para la toma de decisiones.

HPH:

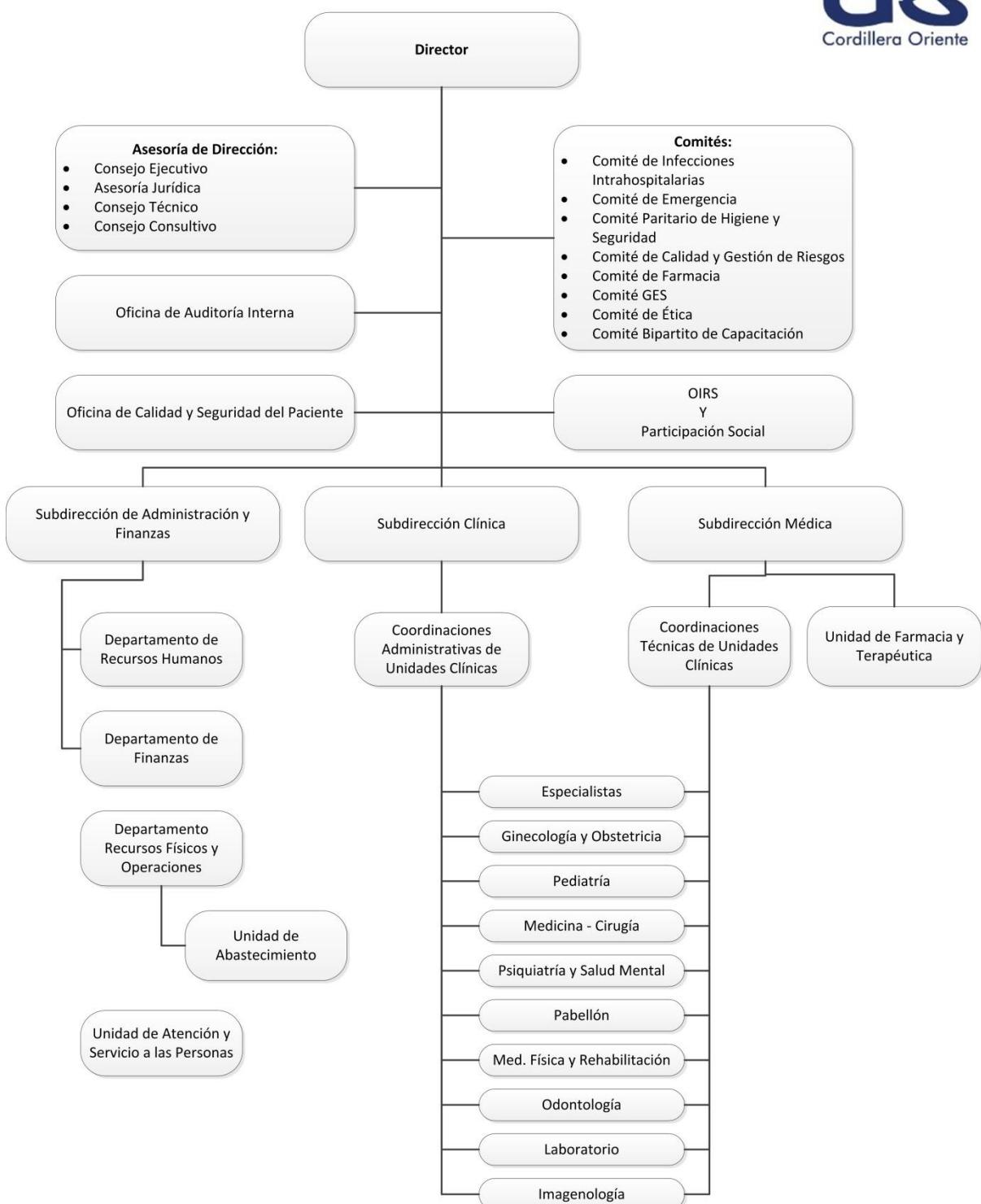
En el HPH, el director en cuanto al tema de la PE en términos generales pone énfasis en los siguientes aspectos:

- Considera relevante tener presente cuáles son los acontecimientos futuros que pueden afectar o alterar el funcionamiento del establecimiento. Otro aspecto son los escenarios políticos, sociales y de la organización de la salud a la que se ven enfrentados, para estar preparados. Por otro lado, considera que es importante incorporar personas nuevas al personal del Hospital, que puedan aportar con visiones diferentes.
- Al comienzo de ser EE, el HPH se establece como meta al 2005 el ser un buen centro asistencial, que haya iniciado un proceso de docencia y que tenga publicaciones (es decir: docencia, asistencia e investigación). En el ámbito de la docencia, se consideran parte del éxito que ha tenido la Facultad de Medicina de la UDD (que ha obtenido excelentes resultados en el examen médico nacional). Se benefician de la asociación con la Clínica Alemana que les vende exámenes a precios más bajos.

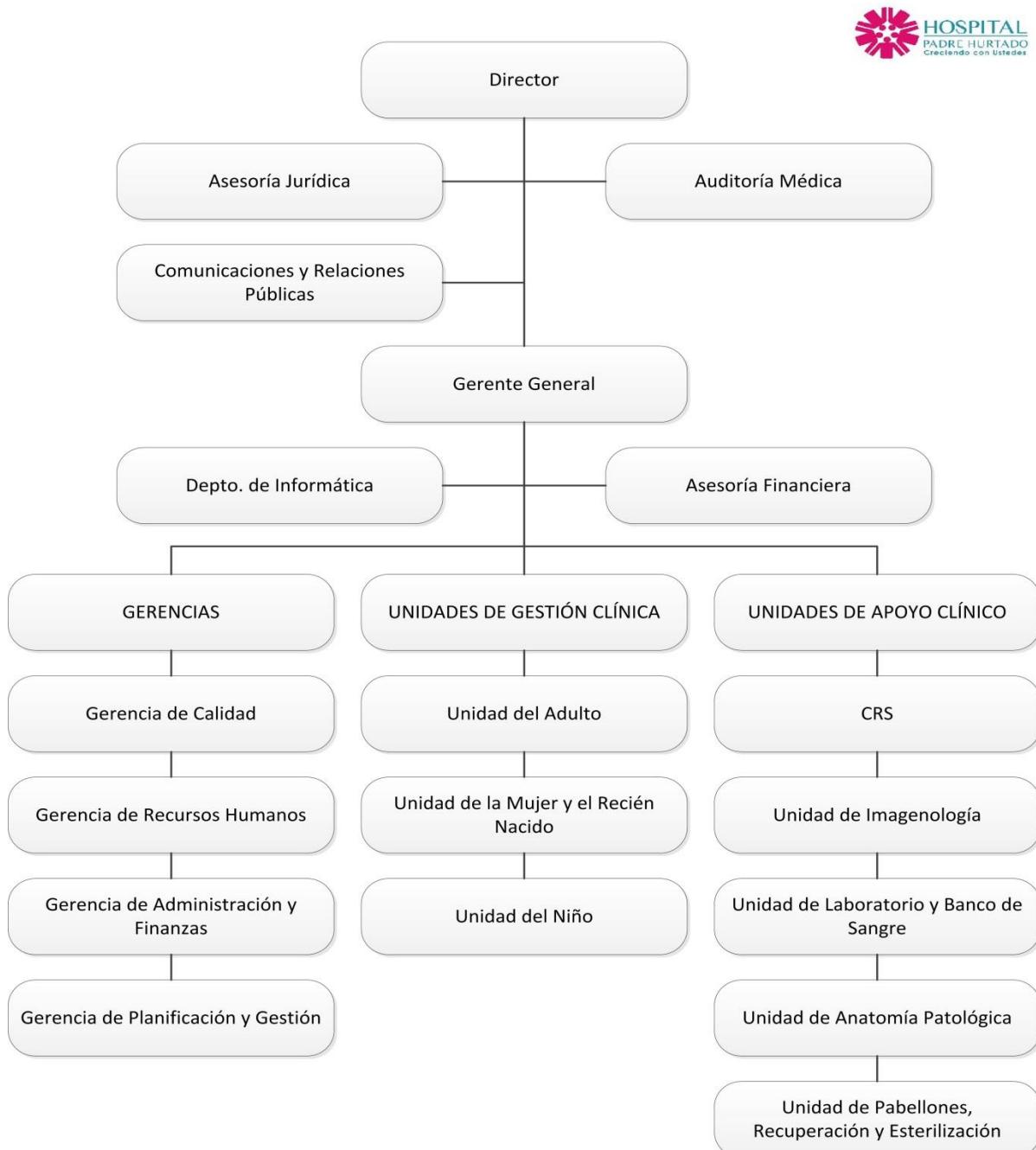
1.4 Anexo N°4: Organigrama CRSM



1.5 Anexo N°5: Organigrama CRSCO



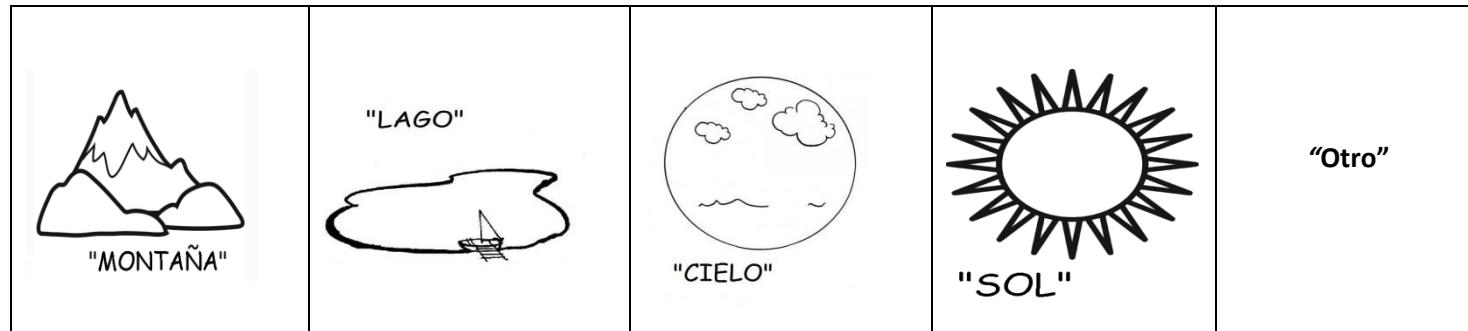
1.6 Anexo N°6: Organigrama HPH



1.7 Anexo N°7: Diagnóstico Comunicacional:

Anexo N° 7.1: Imágenes utilizadas para la función representativa.

Cuadro N° 1.1



Anexo N° 7.2: Función Representativa: Detalle por establecimiento y nivel organizacional (D, M.I., P.B.)

Cuadro N° 2

<i>Nivel Organizacional</i>	<i>D.</i>	<i>M.I.</i>	<i>P.B.</i>	<i>CRSCO</i>	<i>D.</i>	<i>M.I.</i>	<i>P.B.</i>	<i>CRSM</i>	<i>D.</i>	<i>M.I.</i>	<i>P.B.</i>	<i>HPH</i>	<i>Total por lámina</i>
Montaña	1	7	4	12	1	4	1	6	0	6	6	12	30
Lago	1	1	1	3	0	0	0	0	2	1	0	3	6
Cielo	0	2	1	3	0	1	1	2	0	1	1	2	7
Sol	0	0	0	0	0	2	3	5	0	1	0	1	6
Otro	0	0	1	1	1	0		1	0	0	0	0	2
Total de la muestra por establecimiento	2	10	7	19	2	7	5	14	2	9	7	18	51

Anexo N° 7.3: Entrecamillados correspondientes a la función Representativa (del 5 al 16)

5. Montaña: "Cada día uno va alcanzando conocimiento" (M.I.)
6. Montaña: "Vengo todos los días y la tengo que subir" (P.B.)
7. Montaña: "El trabajo es firme, arraigado entre la institución y mi unidad de coordinación" (P.B.)
8. Montaña: "Como en la montaña, existe relación entre el lugar en que uno está y otros lugares: paciente, unidades de apoyo, hospitales, consultorio" (M.I.)
9. Montaña: "Hay distintos niveles de comunicación, la información no fluye y no llega a todos como debiera llegar" (P.B.)
10. Lago: "Hay algo que me llama mucho la atención, hay dos elementos, que me hacen sentido uno es el agua, como un obstáculo para seguir caminando; es como en una película: "Goodby Mister Chip" en donde ves a un hombre caminar sobre el agua y sobrepasa este obstáculo" (D.)
11. Lago: "Es como ir de una orilla a otra en una embarcación pequeña, existen trabas presupuestarias, conseguir los insumos muchas veces requiere un despliegue que debiere estar puesto en la tarea, en el objetivo, en el paciente, pero tenemos que gastar mucha energía para conseguir los materiales y brindar la atención" (M.I.)
12. Cielo: "Hay nubes, esas nubes son como ir saltando de un lugar a otro, pero también hay movilidad" (P.B.)
13. Cielo: "Los problemas son como las nubes, no impiden que las cosas se hagan en este CRS, esa la diferencia con otros hospitales públicos, creo representar lo que piensan muchos compañeros, queremos que las cosas sean cada día mejor y para eso hay que decir: debemos resolver problemas" (M.I.)
14. Sol: "Estamos todos bajo el mismo sol, hay solicitudes, que no están funcionando uno de esos es el "plan de carrera funcionalia" (M.I.)
15. Sol: "Este año recién hay respuestas para el plan de carrera, pero falta, el problema ya es antiguo" (M.I.)
16. Sol: "A veces hay sol, otras llueve, a veces resultan las cosas otras hay limitantes por faltas de insumos que impiden que funcionen como uno quisiera" (P.B.)

Anexo N° 7.4: Entrecorbillados correspondientes a la función Expresiva (del 17 al 28)

17. Montaña: "La montaña es fuerte, como esta comunidad que es poderosa"(P.B.)
18. Montaña: "Veo la montaña como un objetivo que es el paciente, subiendo en equipo, muchas veces la comunicación no es tan buena, sin embargo, existe y está pensada, en llegar al paciente"(M.I.)
19. Montaña: "Es un esfuerzo y tengo que cumplir" (P.B.)
20. Lago: "Uno se agota es terrible en mi unidad falta apoyo de la jefatura" (P.B.)
21. Cielo: "Ojala tengamos paz" (P.B.)
22. Cielo: "Hay días exquisitos pero hay días en que se torna difícil, por eso la rotación es alta" (P.B.)
23. Cielo: "El cielo me tranquiliza, yo acá hago mi trabajo contenta, para mí los días son alegres como un cielo con sol, hay calidez entre nosotros y con los pacientes" (P.B.)
24. Sol: "Cada día es una esperanza y una buena oportunidad, hay que enseñar a gente nueva que después se va, llega otro y hay que volver a enseñar y eso agota" (P.B.)
25. Sol: "Cuando hay sol cambia el estado de ánimo, aquí también, somos dependientes del estado de ánimo hay días en que las cosas resultan en equipo, contamos con todo lo que se necesita, hay otros en que no , porque es difícil hacer las cosas cuando se atrasan los insumos y eso no depende de uno" (P.B.)
26. .Otro- Montaña Rusa: "Hay días en que vamos para arriba a toda velocidad y otros en que caemos, porque no están las cosas que necesitamos para seguir adelante" (M.I. sector asistencial)
27. Otro: Una Montaña Rusa "Una Montaña, pero una montaña Rusa por la adrenalina del dinamismo y los desafíos"(M.I. sector administrativo)
28. Lámina "Otro" Un Iceberg: "Pensé que esa montaña era un iceberg y la elegí por la frialdad de las comunicaciones cuando carecen de respuestas".

Anexo N° 7.5: ¿Recomendaría el EE a colegas que no han trabajado en él?

Votación de los 51 entrevistados por nivel organizacional y por establecimiento:

Cuadro N° 3

Establecimiento	D.		M.I.		P.B.		Total del establecimiento	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CRS CO	2	0	10	0	3	4	15	4
CRS M	2	0	6	1	4	1	12	2
HPH	2	0	9	0	7	0	18	0
Total muestra	6	0	25	1	14	5	45	6

Comentarios emitidos por los entrevistados:

1. "El modelo permite menos división estructural de los equipos de trabajo, eso hace que la gente tenga mayores oportunidades de decir las cosas y cuando son 1500 personas eso es importante" (D.)
2. "Existe limitaciones en la proyección profesional, para los funcionarios jóvenes. Es un buen lugar para aprender, ofrece posibilidades de desarrollo laboral y de contar con una experiencia, sin embargo, las limitaciones del salario obligan a revisar nuevas posibilidades laborales. Esto genera inestabilidad en los que nos quedamos, obliga a capacitar gente que viene para pronto saltar a una clínica privada mejor remunerada"(M.I.)
3. "Es para personal joven mientras puede optar por mejores expectativas de sueldo"(M.I)
4. "Acá podemos, aspirar a objetivos de servicios y desarrollar la carrera funcionalia, mejor que en otros que no son experimentales, eso lo digo pensando en mi experiencia, el, "Experimental" se pensó y se creó para poder alcanzar mayores objetivos" (M.I.)

5. "La contraloría y sus exigencias impiden correr riesgos en las inversiones que hace el CRS, lo cual coyunturalmente frena las posibilidades, que podría aportar una estrategia que contenga un plan de endeudamiento controlado" (M.I.)
6. "Falta mayor coordinación entre el área asistencial y administrativa, tengo dificultades para contratar gente"
7. "Estoy permanentemente en eso, en la segunda cordada, el discurso de la gente está velado por la cotidianidad, por lo salarial y por condiciones laborales como la infraestructura" (M.I.)
8. "El problema central es el financiamiento, yo veo la solución en la inyección de recursos, más que en la ingeniería de personas" (M.I.)
9. "Personalmente creo que falta revisar los sistemas de contrato por la cantidad de personas a honorarios o que debieran estar a contrato indefinido en vez de a plazo fijo, por tiempo y experiencia debieran tener con contrato, falta eso en el plan de carrera como para recomendarlo" (P.B.)
10. "Existen diferencias en el sueldo con respecto a otros establecimientos" (P.B)

Fortalezas y Debilidades emitidas por los 51 entrevistados

Cuadro N° 4

Fortalezas (entrecomillados)	Debilidades (entrecomillados)
"Aprendizaje y capacitación"	"El desarrollo económico tiene un techo"
"Asistencia al Paciente"	"Falta mayor coordinación asistencial- administrativa"
"Buen ambiente para trabajar"	"El contrato es a honorarios"
"Buen casino"	"El contrato es a plazo fijo"
"Calidez humana"	"Falta una estrategia de endeudamiento controlado"
"Crecimiento"	"El sueldo" (CRSCO)
"Docencia"	"Falta evaluar, saber y decir si lo estás haciendo bien o mal"
"El horario"	"Recarga de trabajo"
"Es acogedor y permite la confianza"	
"Es un buen campo de entrenamiento para gente joven"	
"Estandarizado"	
"Flexibilidad"	
"Genera espacios para distintos estamentos"	

"Intercambio de opinión profesional y personal"	
"Investigación"	
"La exigencia y la competencia es mayor"	
"Limpio"	
"Moderno y acogedor"	
"Objetivos Claros"	
"Ordenado"	
"Permite logros" (o "hacer cosas")	
"Permite trabajar en equipo y compartir conocimientos"	
"Reglas Claras"	

Anexo N° 7.6: Análisis de Flujos de Comunicación en los EE

Consultas realizadas a los 51 entrevistados y total de respuestas.

Cuadro N° 5

Responda Si o No a las siguientes preguntas	SI	NO	Porcentaje de aprobación
1. ¿La D. tiene una visión compartida de los objetivos y la estrategia organizacional del EE?	30	2	94%
2. ¿M. Intermedios tiene una visión compartida de los objetivos y la estrategia organizacional del EE?	28	4	87%
3. ¿P.B., conoce los objetivos organizacionales del establecimiento?	35	16	69%
4. ¿Los mensajes del Personal Asistencial y Administrativos, están alineados?	40	11	78%
5. ¿La D. se involucra con la emisión del mensaje a Mandos Intermedios?	30	2	94%
6. ¿Se involucra M.I. con la emisión del mensaje a P.B.?	43	8	84%
7. ¿Se involucra el P.B. con la emisión del mensaje a sus respectivas jefaturas?	39	12	76%
8. ¿Se involucra M.I. con la emisión del mensaje a la Dirección?	25	7	78%
9. ¿La Dirección, recepciona el mensaje de Mandos Intermedios?	28	4	87%
10. ¿M.I. se involucra con la recepción del mensaje de P.B.?	45	6	88%
11. ¿M. Intermedios se involucra con la recepción del mensaje de la Dirección?	29	3	91%
12. ¿M. Intermedios se involucra con la recepción de mensajes entre áreas Asistenciales y Administrativas?	47	4	92%

13. ¿El P.B., escucha y práctica los mensajes de sus jefaturas?	39	12	76%
---	----	----	-----

Detalle de respuestas de los 51 entrevistados.

Cuadro N° 6

EE	CRSC (19 entrevistados)								CRSM (14 entrevistados)								HPH (18 entrevistados)								EE		
	D.		M.I.		P.B.		TOTAL		D.		M.I.		P.B.		TOTAL		D.		M.I.		P.B.		TOTAL		TOTAL		%
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	si
Consulta																											
1	1	9	1				10	2	2	0	7	0			9	0	2	0	9	0	11	0	30	2	94		
2	2	0	10	0			12	0	1	1	6	1			7	2	1	1	8	1		9	2	28	4	87	
3	2	0	9	1	3	4	14	5	1	1	3	4	4	1	8	6	1	1	7	2	5	2	13	5	35	16	69
4	0	2	8	2	7	0	15	4	2	0	5	2	4	1	11	3	2	0	8	1	4	3	14	4	40	11	78
5	2	0	10	0			12	0	2	0	5	2			7	2	2	0	9	0		11	0	30	2	94	
6	2	0	10	0	4	3	16	3	1	1	3	4	5	0	9	5	2	0	9	0	7	0	18	0	43	8	84
7	2	0	10	0	5	2	17	2	2	0	2	5	5	0	9	5	1	1	8	1	4	3	13	5	39	12	76
8	2	0	10	0			12	0	1	1	3	4			4	5	1	1	8	1			9	2	25	7	78
9	1	1	9	1			10	2	1	1	7	0			8	1	2	0	8	1			10	1	28	4	87
10	2	0	10	0	7	0	19	0	1	1	3	4	5	0	9	5	2	0	8	1	7	0	17	1	45	6	88
11	2	0	10	0			12	0	1	1	7	0			8	1	1	1	8	1			9	2	29	3	91
12	2	0	10	0	7	0	19	0	2	0	6	1	4	1	12	2	1	1	8	1	7	0	16	2	47	4	92
13	2	0	9	1	7	0	18	1	1	1	6	1	3	2	10	4	1	1	6	3	4	3	11	7	39	12	76

Anexo N° 7.7: Habilidades Comunicacionales: detalle de calificaciones por Nivel y por EE.

Cuadro N° 8

CRS Cordillera				CRS Maipú				Hospital Padre Hurtado				Promedio EE		
D	M.I.	P.B.	Promedio	D	M.I.	P.B.	Promedio	D	M.I.	P.B.	Promedio	D	M.I.	P.B.
7.0	5.8	6.7	6.5	6.0	6.0	6.6	6.2	6.5	6.1	5.7	6.1	6.5	6.0	6.3
6.5	5.3	3.9	5.2	6.0	6.4	6.6	6.3	6.0	6.1	5.0	5.7	6.2	5.9	5.2
7.0	5.2	6.1	6.1	5.0	5.7	6.0	5.6	5.8	4.8	4.9	5.2	5.9	5.2	5.7
6.5	4.9	6.0	5.8	6.5	6.2	5.9	6.2	6.0	5.7	4.0	5.2	6.3	5.6	5.3
6.5	5.7	5.6	5.9	6.0	5.8	7.0	6.3	5.5	5.8	5.6	5.6	6.0	5.8	6.1
6.5	6.1	4.6	5.7	5.5	6.0	6.6	6.0	5.0	5.7	5.1	5.3	5.7	5.9	5.4
6.5	5.5	6.4	6.1	5.5	5.8	6.6	6.0	6.0	6.4	5.4	5.9	6.0	5.9	6.1

Entrecamillados:

1. Su responsabilidad como parte activa para facilitar la comunicación en su contexto de trabajo

1.1 “Una de las grandes tareas es trabajar el tema de las habilidades blandas” (D.)

1.2 “La comunicación podría ser mejor, falta cercanía se requiere más reuniones que le permita dialogar y acordar algunas problemáticas específicas de organización” (M.I.)

1.3 “Estamos bien, para mejorar no tenemos la receta pero si la experiencia” (P.B.)

2. Las reuniones como instancia de comunicación grupal para comprender los objetivos del trabajo

2.1“Estoy meditando acerca de las reuniones como instancia de comunicación y de las herramientas como murales y la tecnología que lleva el mensaje, cuál será la mejor manera para reponer el entusiasmo, pienso que debiéramos lograr una resolución en equipo de los problemas” (M.I.)

2.2“La comunicación entre estamentos falla porque por falta de tiempo, nunca están todos, entonces se escuchan frases como: -es que yo nunca lo supe- además hay mucha rotación en los estamentos” (P.B.)

2.3“Las reuniones se hacen entre jefaturas y luego nos piden que transmitamos pero no nos dan herramientas” (P.B.)

2.4“Faltan instancias de comunicación regulares, con condiciones sistemáticas, pero falta también espacios de tiempo para que el personal pueda tomar esas instancias y están todos con una carga de trabajo alta” (M.I.)

3. Las herramientas como murales- intranet- revistas

3.1“La intranet es tediosa, carece de calidad y operatividad, el resultado es peor que si no estuviera” (M.I.)

3.2“Los murales están recargados” (P.B.)

3.3“Los afiches requieren invertir tiempo y energía” (M.I.)

4. La habilidad para comunicar la tarea en el grupo de D.

4.1“Quisiera hacer un comentario general de estas preguntas, quisiera pedir al personal de todos los niveles que chequee lo que entiende por el mensaje recibido, a veces se cree escuchar algo que no es lo que realmente te están diciendo, entonces esa sensibilidad hace mucha falta para el entendimiento entre niveles”(D.)

4.2 “Comunicar cómo vamos orientando a la misión, más que las contingencias. Ahora, se hace por iniciativa personal” (D.)

4.3 "Transmitir los objetivos es un tema difícil" (M.I.)

4.4 "D. recibe los mensajes e inquietudes pero tiene limitaciones dadas por la contraloría para la asignación de presupuestos para sueldos y para nuevos proyectos" (M.I.)

4.5 "Los sueldos del hospital son bajos, es bueno para entrenamiento, este es mi primer trabajo pero no para quedarse" (P.B)

4.6 "Para nuestros jefes escuchar y pedir las cosas es entrar en la delgada línea roja" (P.B.)

5. La habilidad para comunicar la tarea en el grupo Jefaturas Intermedias

5.1 "Los coordinadores técnicos cuentan con una capacitación extraordinaria, la administración es buena, pero falta mayor asignación de presupuestos, la calidad de atención que recibe el usuario hoy es buena, sin embargo podríamos darle mejores servicios si contáramos con la posibilidad" (M.I.)

5.2 "Se hace mucho caso al rumor de pasillo no todas la unidades tienen clara su responsabilidad como jefatura, que no solo deben dar órdenes de la jornada si no también la influencia que tienen sobre sus equipos, tanto en decirles las cosas como en escucharlos y en hacer que ellos también les digan a ellos y no a otras personas las inquietudes acuerdos y desacuerdos que tienen, para evitar rumores de pasillo" (M.I.)

5.3 "Lamentablemente las jefaturas se entrampan en las órdenes que nos dan cuando no hay recursos disponibles, para ellos es un desgaste enorme tener que andar persiguiendo" (P.B.)

5.4 "Lo más desgastante es la jefatura intermedia porque tiene que transmitir la información para arriba y para abajo" (P.B.)

5.5 "Cada unidad corre por carriles independientes" (P.B.)

6. La habilidad para comunicar la tarea en el grupo de P.B.

6.1 "La comunicación más débil está en los grupos de base, en el nivel operativo, eso crea dificultad en la comunicación ascendente" (M.I.)

6.2 "Al final uno está por vocación, porque quiere sentir que su trabajo es lo que quiso desde el día en que decidió estar en la salud pero tiene que tener un desarrollo de voluntad bien grande para seguir adelante con tanta carencia que origina la falta de recursos" (P.B)

6.3 "No conozco mucho pero creo que donde están las principales dificultades en la transmisión y recepción de mensajes entre mandos medios y P.B.. Falta escuchar más y suponer menos" (M.I.)

7. La habilidad para comunicar la tarea entre Mandos Intermedios

7.1 "Las fallas administrativas, están en el tiempo de fijarnos en los "detalles", eso es gracias al modelo experimental que tiene este CRS que es flexible". (M.I.)

7.2 "El modelo del CRS tiene muchas bondades y avanza a pasos agigantados, lo critican demasiado, porque hay gente que no estuvo en el comienzo y no saben cómo ha crecido esto, como se ha desarrollado la docencia, la posibilidad de hacer investigación, esa es gente que llegó después a ocupar cargos de personas que se fueron a otros trabajos donde les ofrecían mejor sueldo, debido a los conocimientos y la experiencia que ganaron acá, esa gente nueva que critica, desconoce cómo es la realidad de los hospitales públicos, uno trata de que el modelo crezca pero la amenaza de no poder contener a la gente capaz porque se va donde puede acceder a mejores ingresos es alta" (M.I.)

7.3 "Entre los jefes, no es para un 7 pero es buena, entre ellos y nosotros existe la oportunidad de decir las cosas y tienen la voluntad de escuchar" (P.B)

7.4 "El desarrollo transversal es débil, el institucional es fuerte" (M.I.)

Anexo N° 7.8: Herramientas y temas de reunión

5.a Total de otras herramientas mencionadas	
Comunicación con la red asistencial	3
Conversación directa	3
Libro de Novedades	3
Departamento RRPP	3
Colilla de sueldo	3
Desayunos aleatorios	3
Memos	3
Departamento de Comunicaciones	2
Providencias	2
Entrega de Turnos	2
Comité de causas legales y otras	1
Departamento de Comunicaciones	1
Consejo Técnico	1
Publicación Interna ("CRS AL Día")	1
Cuenta Pública	1
Providencias	1
Total	33

5.b Total de otros temas que recuerda de reuniones	
Atención y trato al usuario	3
SIDRA	3
Acreditación	3
Listas de espera	2
Carrera Funcionaria	1
Campaña de invierno	1
Cumplimiento Policlínico Cirujano	1
Carrera funcionaria	1
Brecha de sueldo entre este establecimiento y otros	1
Agenda para especialidades	1
Nuevos especialistas	1
Servicio de urgencia	1
Reducción presupuestaria	1
Giro del negocio	1
Sistema de atención diferenciado de urgencia	1
Inducción al personal nuevo	1
Lista de espera	1
Manejo entre nosotros mismos	1
GES	1
Desarrollo de pabellón	1
Presupuesto	1
Docencia	1
Manejo del personal	1
Total	30

5.c Total de otros temas que considera debieran tratarse en reuniones	
Hospital CRSM	6
Evaluación e desempeño	2
Visión del hospital como empresa de servicio	1
Dinámica y Evaluación de las estructuras y carga financiera	1
Objetivos y cuánto queremos avanzar	1
Sueldos y Carrera Funcionaria	1
Planificación quinquenal (a 5 años)	1
Levantamiento del contexto para tener una mirada global	1
Giro del Negocio V/S Actividad asistencial	1
Mejoras en la comunicación	1
Planes de trabajo	1
Clima Laboral	1
Uso de recursos	1
Tema financiero a nivel de funcionarios	1
Total	20

Anexo N° 7.9: Flujos de comunicación interna: Oportunidades de mejora para los EE

Se inicia por P.B., nivel en donde se encuentran los mayores índices de reprobación, entre un 31% y 24%. Luego continuamos con M.I. con índices de reprobación entre 22% y 8%. Finalmente D. con índices de reprobación entre 13% y 6%.

Los comentarios describen que el origen del ruido y las debilidades comunicacionales se sitúa en:

- Problemáticas presupuestarias no emitidas o con una emisión débil y poco clara por parte de los interlocutores a quienes corresponde transmitir esta información.
- Los entrevistados declaran la necesidad de contar con entrenamiento en habilidades blandas.

Para cada nivel organizacional, se exponen los resultados de las consultas en el siguiente orden: -Visión de la estrategia y/o los objetivos organizacionales. - Emisión del mensaje- Recepción del mensaje.

Nivel de Personal de Base (P.B.) de los EE:

El 31 % de los entrevistados, declara que P.B. no conoce los objetivos organizacionales de su establecimiento (Consulta N° 3)

Los propios entrevistados de P.B., describen la existencia de una alta rotación de personal joven que permanece mientras recibe entrenamiento y luego busca mejores sueldos en otras fuentes laborales: "Pronto se van, no tienen tiempo para conocer los objetivos organizacionales" "El haber pasado por el CRS es valorado por el mercado para personal joven que inicia su carrera"

Esta situación presente en los tres establecimientos estudiados, tiene a su vez su propio escenario en cada uno de los EE:

CRSCO: los índices de reprobación que P.B. muestra frente a la consulta, son más altos que en los niveles M.I. y D., lo cual señala la necesidad de aumentar el nivel de reconocimiento sobre la situación de estos dos últimos niveles hacia la situación actual de P.B. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N° 6 - consulta N°3)

CRSM y HPH: D. requiere dialogar las diferencias de sus percepciones con la finalidad de establecer un mensaje alineado para una posterior transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N°3)

El 24% de los entrevistados responde que P.B. no se involucra con la emisión de mensajes a M.I. (Consulta N° 7)

La consulta recibe una reprobación menor a la cuarta parte, (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N°7); se expone a continuación las causas de las improbabilidades por las cuales M.I. no recibe mensajes de sus equipos de P.B.

CRSM: M.I. señala que la emisión de P.B. es históricamente débil: “lo hace de acuerdo a la iniciativa personal del emisor”; los equipos de jefaturas requieren declarar indicaciones formales al P.B., que expliciten esta necesidad, como parte de la tarea.

CRSCO: P.B. señala que la situación se debe a la falta de tiempo generada por la carga de trabajo que significa el estar constantemente capacitando a personal joven. Los antiguos, quienes prevalecen, declaran: “enseñar una y otra vez a funcionarios jóvenes agota, llegan para hacer carrera y constituir un currículum que les permita acceder a un mejor sueldo en otras fuentes laborales”.

HPH: P.B. señala: “La rotación limita y desgasta el funcionamiento del equipo estable y su impacto repercute sobre los resultados esperados y nuestras jefaturas que también están sobrecargados de trabajo”.

El 24% de los entrevistados, responde que P.B. no se involucra con la recepción de mensajes de M.I. (Consulta N° 13)

HPH: M.I. declara: “la comunicación entre las personas es dependiente de cada área y no de la estructura del EE”.

Los tres establecimientos estudiados, cuentan con comentarios característicos.

HPH: M.I. señalan: “poner en práctica los mensajes de sus jefaturas depende del interés en hacer carrera en el establecimiento, hay personal que se entrena en el establecimiento para luego buscar mejores fuentes de ingresos”.

CRSM: M.I. “Necesitamos un fortalecimiento en la entrega de mensajes desde la Dirección y desde las jefaturas directas de cada equipo”.

CRSM-HPH: D. requiere dialogar las diferencias de sus percepciones con la finalidad de establecer un mensaje alineado para una posterior transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 13)

Nivel de Mandos Intermedios de los EE:

El 13% de los entrevistados responde que M. I. no cuenta con una visión compartida de la estrategia organizacional de su establecimiento (Consulta N°2)

CRSM Y HPH: D. requiere alinear sus percepciones o verificar la utilidad de sus diferencias para toda transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 2)

El 16% de los entrevistados responde que M.I. no se involucra con la emisión de mensajes a P.B. (Consulta N°6)

CRSM: M.I. área administrativa declara: “Las jefaturas de áreas asistenciales necesitan capacitación en habilidades blandas y liderazgo”.

CRSCO: P.B., declara: “frente al exceso de carga laboral, M.I. delegan la responsabilidad y falta tiempo para dar respuestas y soluciones a todas nuestras inquietudes”.

CRSM: D. requiere dialogar las diferencias de sus percepciones con la finalidad de establecer un mensaje alineado para una posterior transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 6)

CRSM: más del 50% de los entrevistados de M.I. responde que no a esta pregunta. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 6) M.I. del área asistencial declara: “necesitamos recibir apoyo en habilidades blandas”.

El 22% de los entrevistados responde M.I., no se involucra con la emisión de mensajes a D. (Consulta N°8)

CRSM: D. declara: “Un requerimiento que está pendiente es la capacitación en liderazgo para los equipos de jefaturas”.

CRSM y HPH: D. requiere dialogar las diferencias de sus percepciones con la finalidad de establecer un mensaje alineado para una posterior transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 8)

El 12% de los entrevistados responde que M. I. no se involucra con la recepción de mensajes de P.B. (Consulta N°10)

CRSM: requiere revisar los factores específicos que conducen al equipo de M.I. a tener un reconocimiento menor que su P.B. acerca de su capacidad de emitir y escuchar mensajes con su P.B., de acuerdo a sus declaraciones, “los equipos de jefaturas necesitan capacitación en habilidades blandas y liderazgo”. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 10)

El 9% de los entrevistados responde que M.I., no se involucra con la recepción de mensajes de D. (Consulta N°11)

CRSM Y HPH: D. requiere dialogar las diferencias de sus percepciones con la finalidad de establecer un mensaje alineado para una posterior transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N° 11)

El 8% de los entrevistados responde que M.I. no se involucra con la recepción de mensajes entre áreas Asistenciales y Administrativas. (Consulta N°12)

HPHD. Requiere dialogar las diferencias de sus percepciones con la finalidad de establecer un mensaje alineado para una posterior transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales.. (Anexo N° 2.2.f Cuadro N°6 - consulta N°12)

El 22% de los entrevistados responde que los mensajes del Personal Asistencial y Administrativos, no están alineados: (Consulta N°4)

CRSM: M.I. indica la existencia de peticiones que no se resuelven: “No recibimos respuestas positivas ni negativas”, declaran, atribuir estas a carencias a escases de

presupuesto: "Tenemos que estar cateteando para que nos entreguen respuestas a los pedidos"

HPH: P.B. alude a la falta de presupuestos como: "una responsabilidad que el área administrativa no tienen capacidad de responder y que la D. no ha podido dar solución, de ahí provienen faltas de insumos que obstaculizan el trabajo de sus propios equipos de trabajo"

Nivel de Dirección de los EE:

El 6% de los entrevistados responde que la D. no cuenta con una visión compartida de la estrategia organizacional de su establecimiento. (Consulta N°1)

CRSCO: De acuerdo a las consultas realizadas, D. cuenta con dos entrevistados. D., requiere alinear sus percepciones o verificar la utilidad de sus diferencias para toda transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales. (Anexo 3- cuadro N°6 - consulta N°1)

El resto de la muestra no alcanza un nivel e reprobación superior al 3%

El 6% de los entrevistados responde que D. no se involucra con la emisión de mensajes a M.I.
(Consulta N°5)

CRSM: M.I. declara la existencia de problemáticas presupuestarias que limitan la producción de proyectos de mejoramiento propuestos por M.I. Al respecto el grupo de entrevistados de jefaturas señala: "tampoco se recibe respuestas formales que indiquen si se dará curso a las propuestas".

El 13% de los entrevistados responde que la D. no se involucra con la recepción de mensajes de M.I. (Consulta N°9)

CRSCO Y CRSM: D. representa el 7,5 % del índice de reprobación. D. requiere alinear sus percepciones o verificar la utilidad de sus diferencias para toda transmisión formal hacia los otros niveles organizacionales.

El 7,5% restante se encuentra disperso, no constituye un porcentaje representativo dentro de la muestra.

1.8 Anexo N°8: Entrevistas con encargados salud municipal

Cuadro N° 1.2
Resultados de entrevistas con encargados de salud Comunas del CRSM

Tema al cual hace referencia la pregunta	Comuna de Maipú	Comuna de Santiago
Opinión general del EE	Es bueno; relación directa para interconsultas de especialidades. Se hacen cargo de las listas de espera de APS. Es el único de la comuna y por eso es mucha la demora.	Existe convenio de colaboración reciente con el CRSM. Da atención en otros centros de la comuna. Buena capacidad de coordinación y gestión.
Coordinación con APS	De regular a buena; es lento en la entrega de respuestas.	El convenio facilitó la coordinación, mejorando la capacidad resolutiva de APS, ya que se puede derivar directamente al CRSM.
Oferta para la APS	Ha mejorado con el tiempo. Pero hay limitaciones (cupos para exámenes que son comprados)	Bastante completa. ofrece cupos con capacidad determinada. Se coordina bien con los exámenes. Tiene buena capacidad de gestionar la oferta.
Calidad y oportunidad en la entrega de los servicios	Es buena, laboratorio bueno, oportuno en la entrega, no así en las otras áreas. Ya no existen convenios con CRSM.	No hay reclamos, buena atención
Sistemas de derivación Adecuación y suficiencia Apoyo tecnológico	Funciona bien en relación a interconsulta y prestación que dan. Faltan especialidades. Muy buena coordinación en priorización y derivaciones, con reuniones de coordinación constante. No hay apoyo tecnológico para sistema de derivaciones e interconsultas. Se entrega semanalmente y CRSM da horas. Lo que no tienen lo derivan al CDT del HCSBA.	Hay sistemas de derivación de interconsultas y cupos asignados. Flujogramas disponibles para la coordinación. Hasta el momento funciona bien, es adecuada y suficiente. El manejo de listas de espera es informatizado y las coordinaciones se realizan a través de correo electrónico.
Participación APS en toma de decisiones	No es trabajo integrado. Participación de carácter informativo. Falta coordinación en trabajo en red con ellos.	No pueden generar nuevos planes, deben enmarcarse en convenio. Convenio fue realizado en conjunto. Participación vinculante, no sólo informativa.
Fortalezas y debilidades de los EE	Fortalezas: el servicio de urgencia, las interconsultas y laboratorio. Debilidades: insuficiente comunicación, debiera dar prioridad y preferencia a la comuna.	Fortalezas: buen equipo humano, conoce el sector, cuidan las relaciones humanas. Debilidades: Infraestructura es pequeña para la demanda.
Funcionamiento general de	Como municipalidad les ha costado ser	Regular. Bastante déficit en el

la red	validados por el SSMC. Recién se integran a la Red. SSMC no toma en cuenta a Municipalidad. Participación de carácter informativo.	HCSBA. Falta de especialistas. Hay falencias. Percepción de falta de dirección, de línea, de parte del SSMC, que ha repercutido en descoordinación.
Observaciones Comentarios	/ CRSM debiera tener más especialidades para ofrecerle a la comuna. Mala conectividad con Hospitales. No se nota que es EE.	Lo evalúa positivamente. A veces lo administrativo implica demasiados límites en el sector público. Se les nota que van a aquello que les puede generar recursos por necesidad de autofinanciamiento. No se nota que es EE. No hay diferencias. Solo en capacidad para generar convenios.

Elaboración propia GSC

Cuadro N° 1.3
Resultados de entrevistas con encargados de salud Comunas del CRSCO

Tema al cual hace referencia la pregunta	Comuna de Peñalolén	Comuna de Macul
Opinión general del EE	Es adecuado, no excelente.	Buena impresión en general. Problema es: pocos recursos, pocas especialidades, insuficiente para demanda de comunas.
Coordinación con APS	No es adecuada, solo informativa	Relaciones buenas, contacto directo para gestionar listas de espera, procedimientos o casos puntuales. Alcalde participa en comités consultivos. Hay coordinación. Es cercano.
Oferta para la APS	Insuficiente, oscilante, no transparente. Poco diversificada	Insuficiente. Lo que hay está bien, pero faltan especialistas (traumatología, neurología, vascular periférico, otorrino, etc.). Oferta transparente. Conocen los cupos y los llena la APS.
Calidad y oportunidad en la entrega de los servicios	Muy buena la calidad. El tema es la oportunidad y la variedad.	Bueno, pero insuficiente. Son preocupados por los pacientes. En cuanto a oportunidad, faltan los recursos.
Sistemas de derivación Adecuación y suficiencia Apoyo tecnológico	No responden oportunamente para las derivaciones. La priorización si es adecuada. Los sistemas informáticos en general funcionan bien.	Antes usaban REZEBRA y ahora un sistema informatizado nuevo. En general anda bien. Limitaciones eran por software. Todos los establecimientos cuentan con ficha clínica digital. Todas las acciones se coordinan vía internet.

		Priorización en derivaciones funciona bien.
Participación APS en toma de decisiones	Estamos muy bien informados, no tenemos soluciones. No tomamos ninguna decisión en conjunto	Tienen vinculación, participan en la toma de decisiones y del Comité asesor del SS. Con complejo CRSCO-H.Luis Tisné tienen sub-CIRA para temas puntuales.
Fortalezas y debilidades de los EE	No se aprecia la fortaleza y la debilidad está en su gestión	Fortaleza: Comunicación, contacto frecuentes. Servicios de buena calidad. Se caracterizan por la coordinación. No señala debilidades.
Funcionamiento general de la red	Para nivel nacional este es un lujo de red. Paciente grave tiene solución. Red buena en lo grave, y en lo corriente más difícil	Buena. Hay coordinación, y ha ido mejorando con el tiempo. Sub-red Macul-Peñalolén en coordinación con comités consultivos del CRSCO, de los habitantes.
Observaciones / Comentarios	"Tengo la esperanza que tengan mecanismo de mayor flexibilidad a la hora de planificar anualmente su oferta. Es necesario hacer eso. Para que puedan responder y hacer oferta estable."	Se trabaja bien con el CRSCO, solo que le faltan recursos.

Elaboración propia GSC

Cuadro N° 1.4 Resultados de entrevistas con encargados de salud Comunas del HPH

Tema al cual hace referencia la pregunta	Comuna de La Pintana	Comuna de San Ramón
Opinión general del EE	Como HPH trabaja muy de forma independiente y muy poco en red (la "república independiente del HPH")	Buena disposición hacia la comunidad. Cercano. Tiene instancias de participación para los vecinos.
Coordinación con APS	Nos envían información e indicaciones de cómo actuar desde el HPH. Generalmente las instancias de coordinación no son adecuadas, no son directas.	Pertenece a "sub-red" Sta. Rosa. Relación directa con HPH. Reuniones directas con el Director y técnicas por especialidad. MUY BUENA capacidad de coordinación.
Oferta para la APS	Prestaciones incompletas. Todavía se comparte derivaciones con el Hospital Sotero del Rio. Falta traumatología y cardiología.	
Calidad y oportunidad en la entrega de los servicios	En calidad: no recibe reclamos de la atención. Únicos reclamos son listas de espera.	Calidad del servicio muy bueno. Problemas con CENABAST.
Sistemas de derivación	Falta un manejo coordinado de todas las	Problemas con adulto. Dos

Adecuación y suficiencia Apoyo tecnológico	áreas. Es necesario movilizar listas de espera. Hay Sistema de interconsulta con base de datos pero no es muy fluido.	entradas: consultorios más urgencia. Problemas de camas. En general es muy rápido. Se usa priorización. Varios sistemas de manejo de cupos. Mayor resolutividad de APS en exámenes. Derivaciones e Interconsultas por software. Rayos por servidor directo.
Participación APS en toma de decisiones	Ninguno. Puedes dar sugerencias, pero no es parte de la discusión cuando se toma la decisión, no tiene peso.	En un principio fue más, luego el HPH se empodera. Tienen los SUC (Servicio de Urgencia Comunal).
Fortalezas y debilidades de los EE	Fortalezas: la calidad de la atención. Debilidad: no trabajo en red.	Fortalezas: Contacto más directo con HPH. Los CIRA. Muy cercano con las Universidades. Interesante sentido de participación. Debilidades: falta de financiamiento. Mucha rotación de personal.
Funcionamiento general de la red	En general, dentro de sus limitaciones, funciona bastante bien.	Mini-red Sta. Rosa funciona muy bien y la Red en general también, hay buena relación, se discute y soluciona en conjunto.
Observaciones Comentarios	/ "La calidad es muy buena, podríamos sacarle más partido si trabajáramos en red.. Creo que es un buen hospital, está bien orientado. El tema es como trabaja la coordinación. HPH es mejor que el Sotero. Problema es forma independiente de trabajar. Hemos tenido que pedir que intercedan desde el SS para generar acuerdo con el HPH. Yo no sé si el HPH reconoce la autoridad del SS como coordinador de red."	Reconoce como una buena oportunidad, podrían depender más del HPH que del SS. Se está haciendo un acuerdo para comprar medicamentos en conjunto con la "sub-red" Sta. Rosa. Se debiera hacer prevención, pero se les va en lo curativo.

Elaboración propia GSC

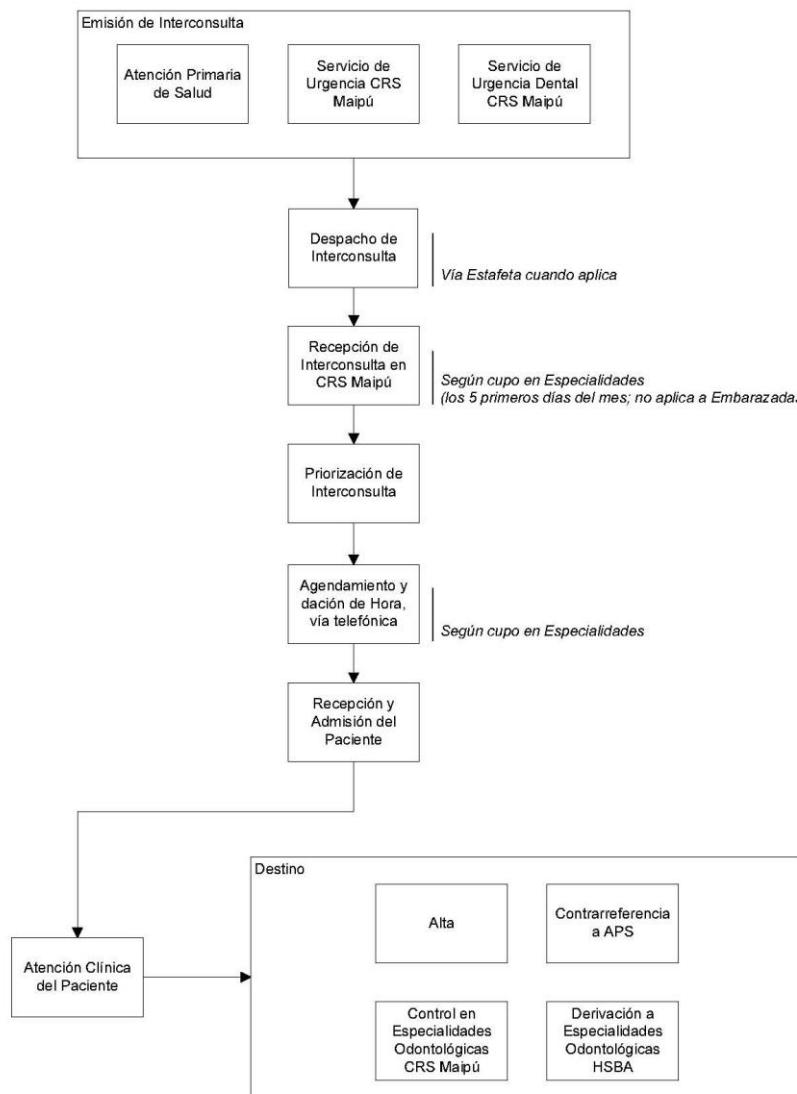
1.9 Anexo N°9: Flujogramas CRSM



GOBIERNO DE CHILE - MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD DE MAIPÚ



FLUJO DE PACIENTES – ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CRS MAIPÚ MACRO PROCESO



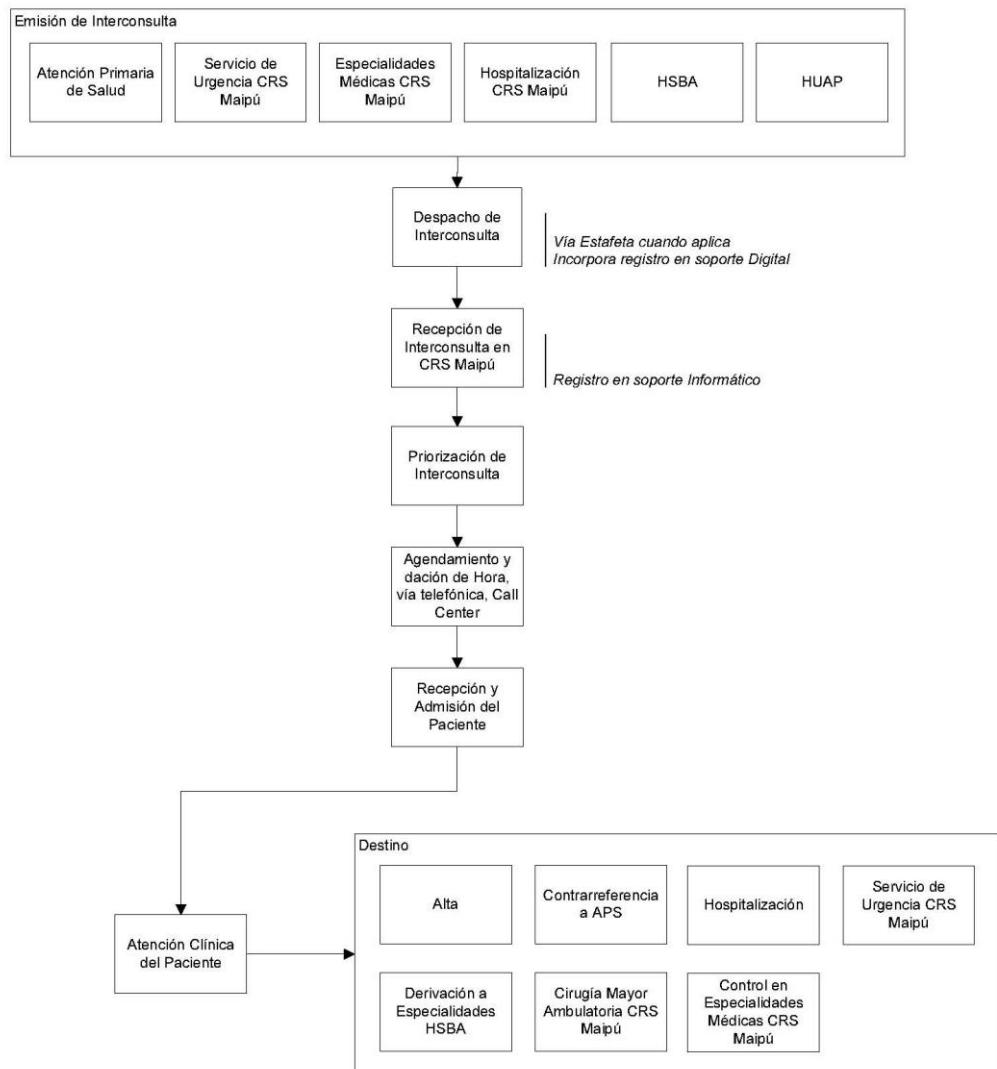
SUBDIRECCIÓN MÉDICA - versión octubre 2011



GOBIERNO DE CHILE - MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD DE MAIPÚ



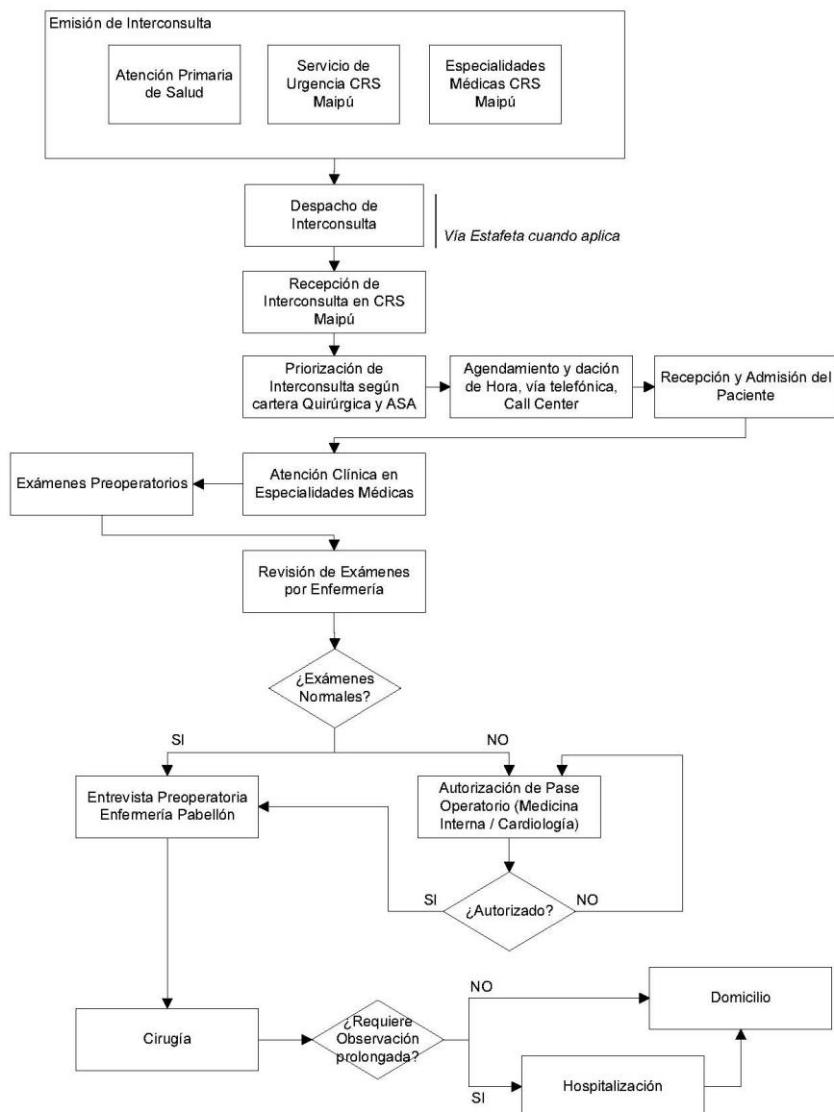
FLUJO DE PACIENTES – ESPECIALIDADES MÉDICAS CRS MAIPÚ MACRO PROCESO



SUBDIRECCIÓN MÉDICA - versión octubre 2011

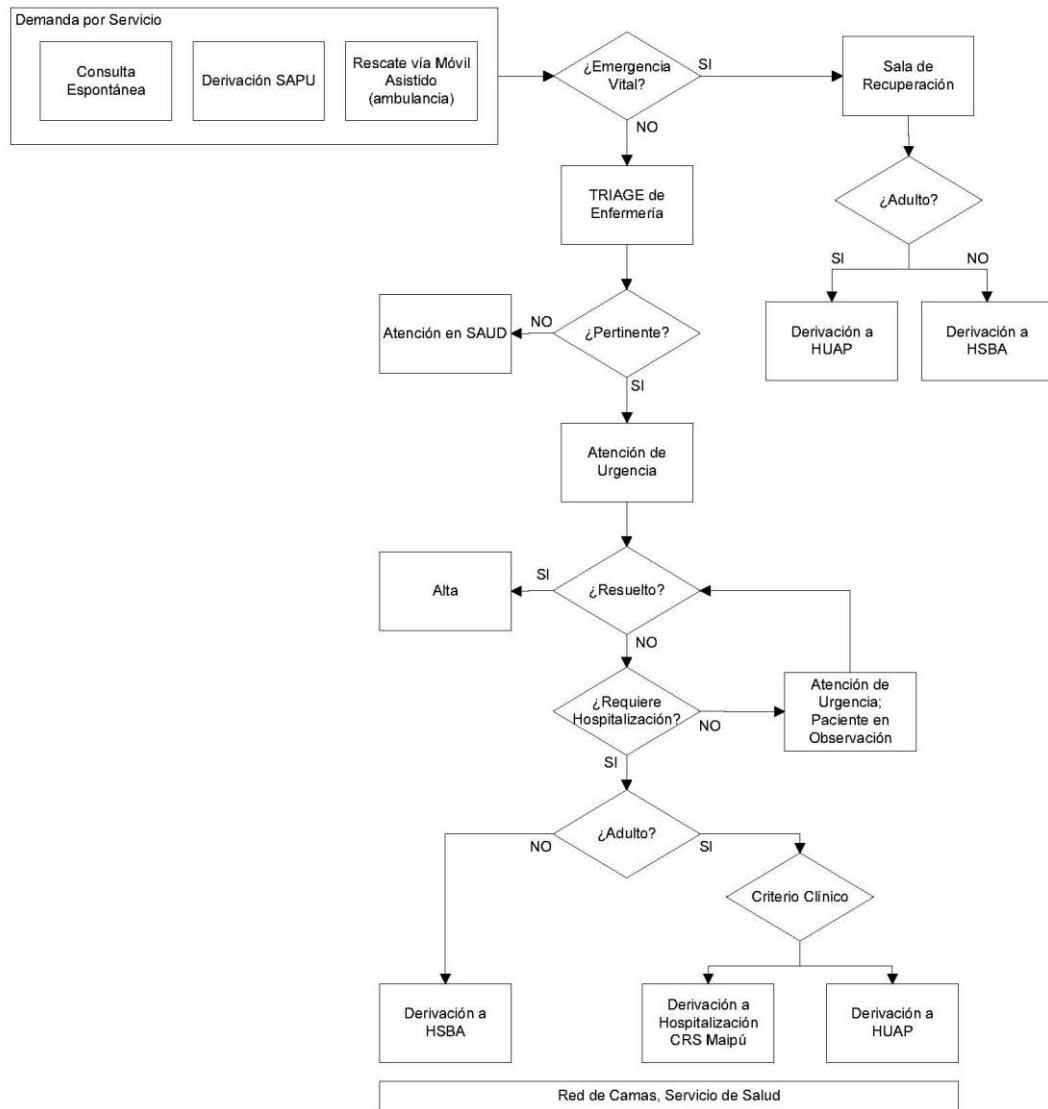


FLUJO DE PACIENTES – CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CRS MAIPÚ
MACRO PROCESO



SUBDIRECCIÓN MÉDICA - versión octubre 2011

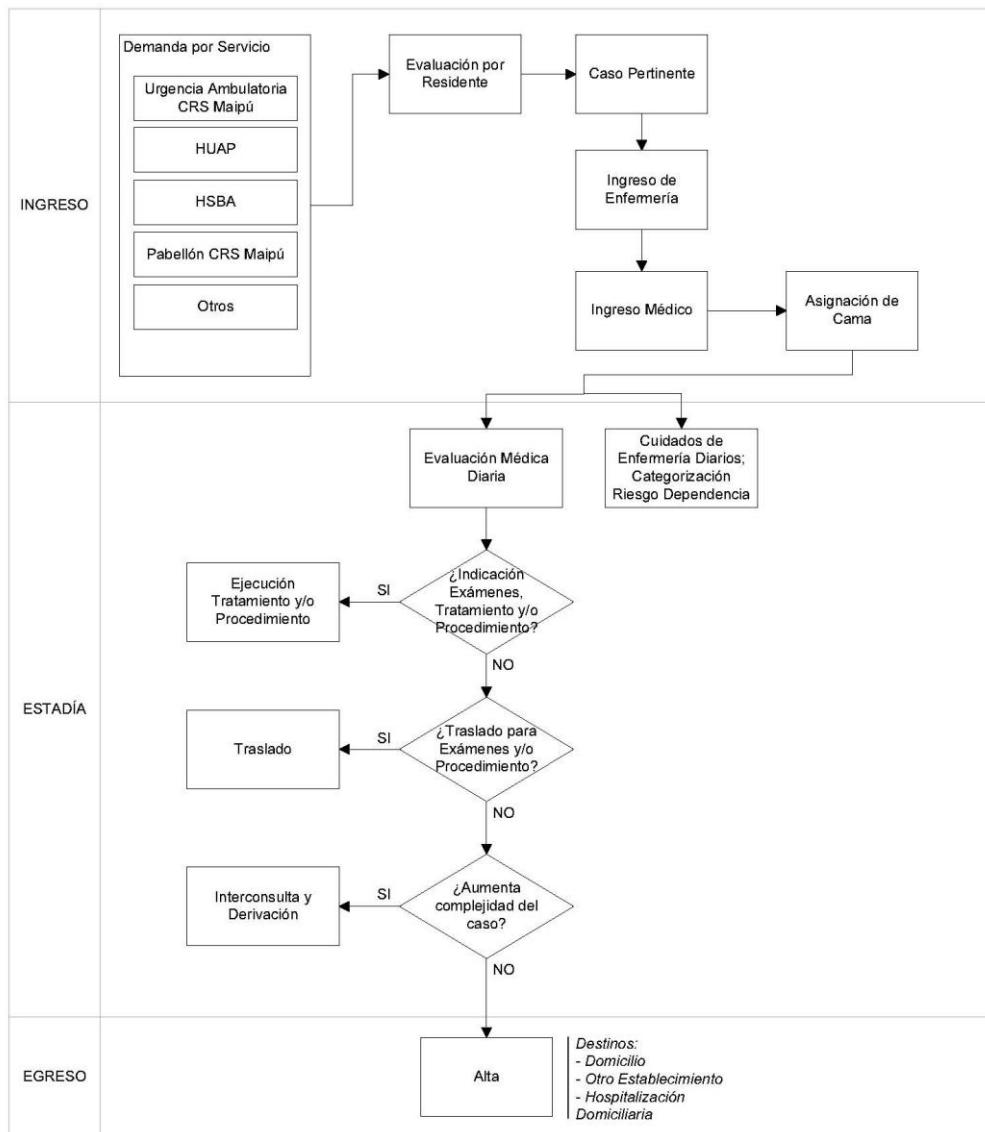
FLUJO DE PACIENTES – URGENCIA AMBULATORIA CRS MAIPÚ
MACRO PROCESO



SUBDIRECCIÓN MÉDICA - versión octubre 2011

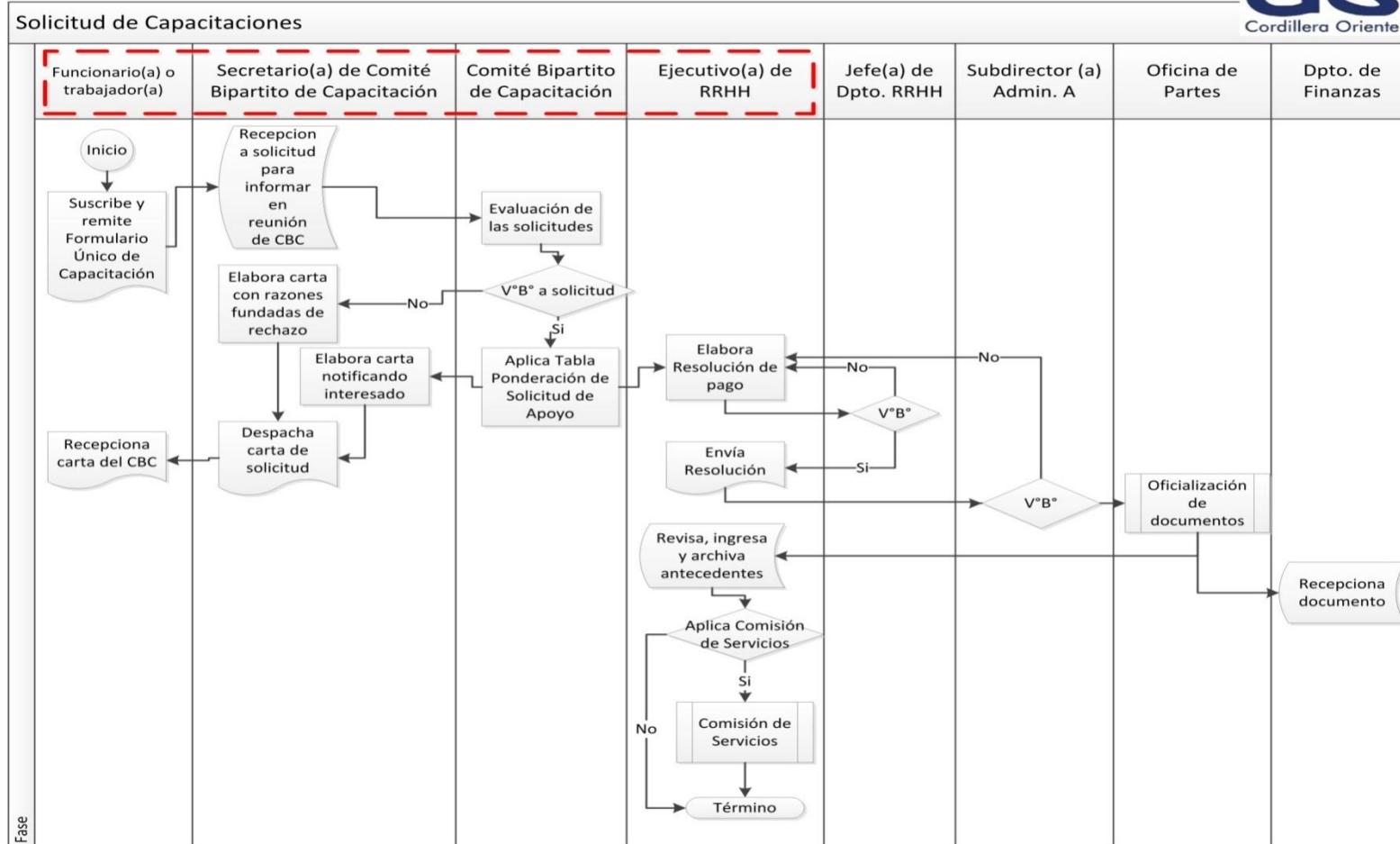


FLUJO DE PACIENTES – HOSPITALIZADOS CRS MAIPÚ
MACRO PROCESO

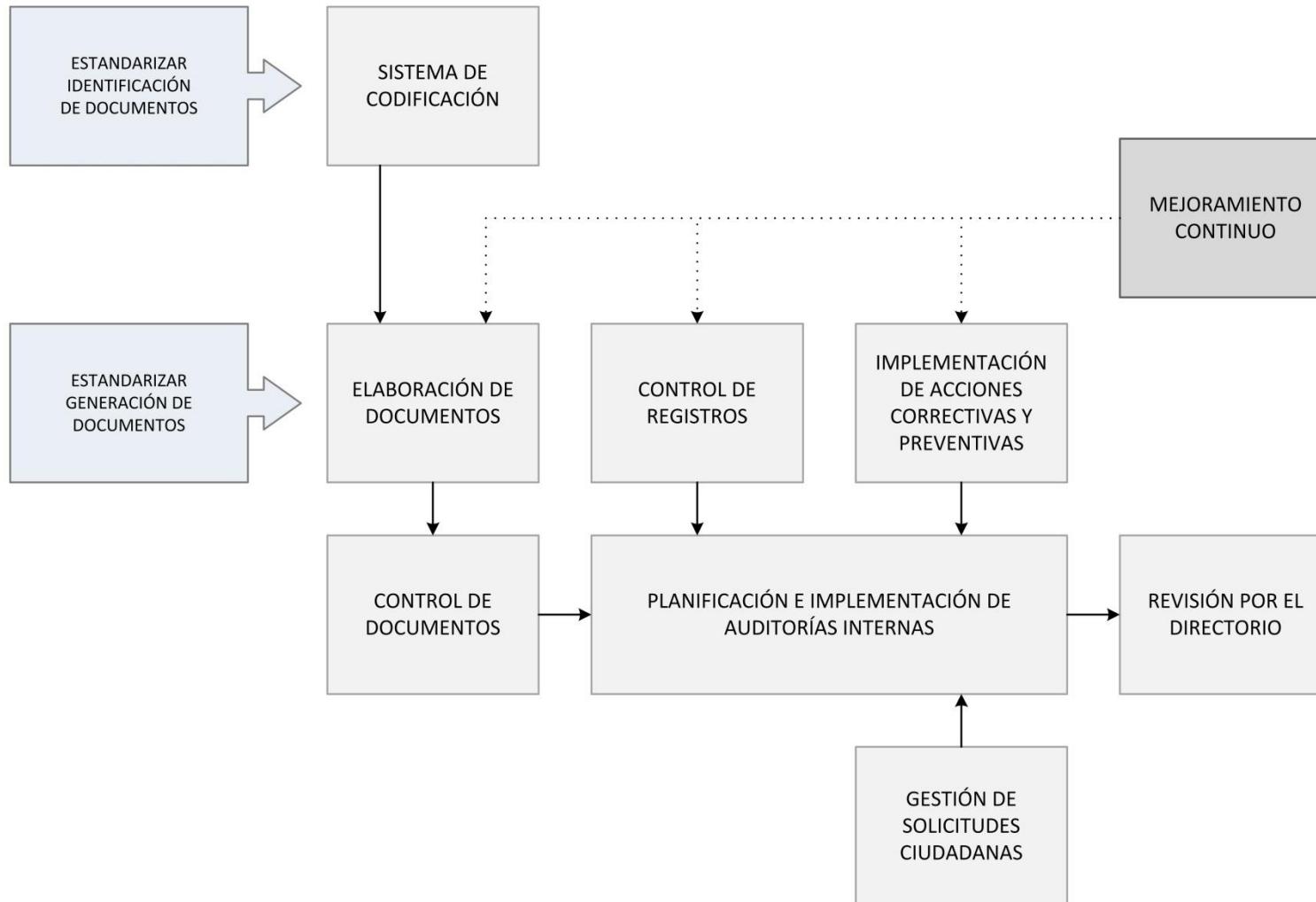


SUBDIRECCIÓN MÉDICA - versión octubre 2011

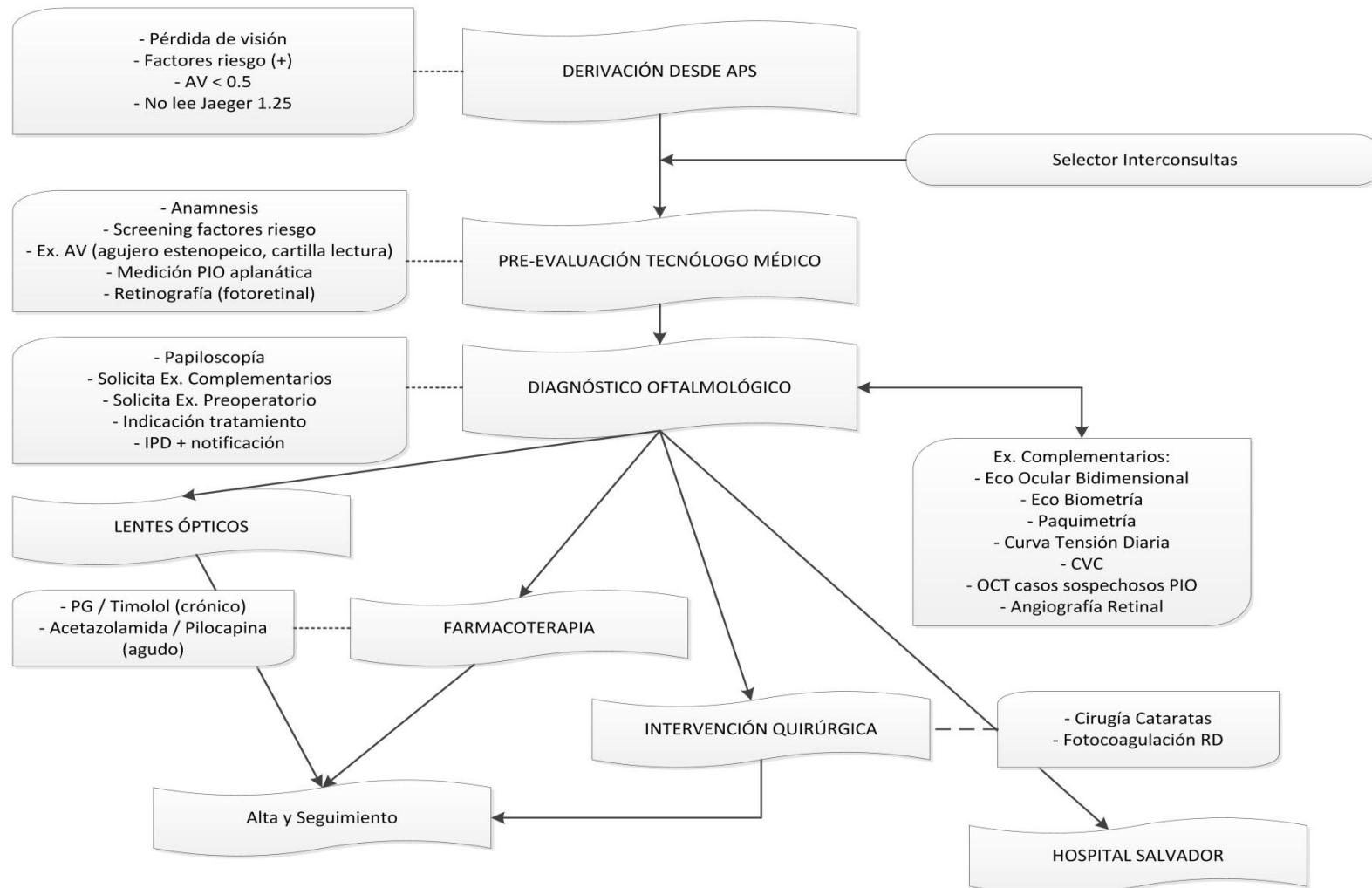
1.10 Anexo N°10: Flujogramas CRSCO



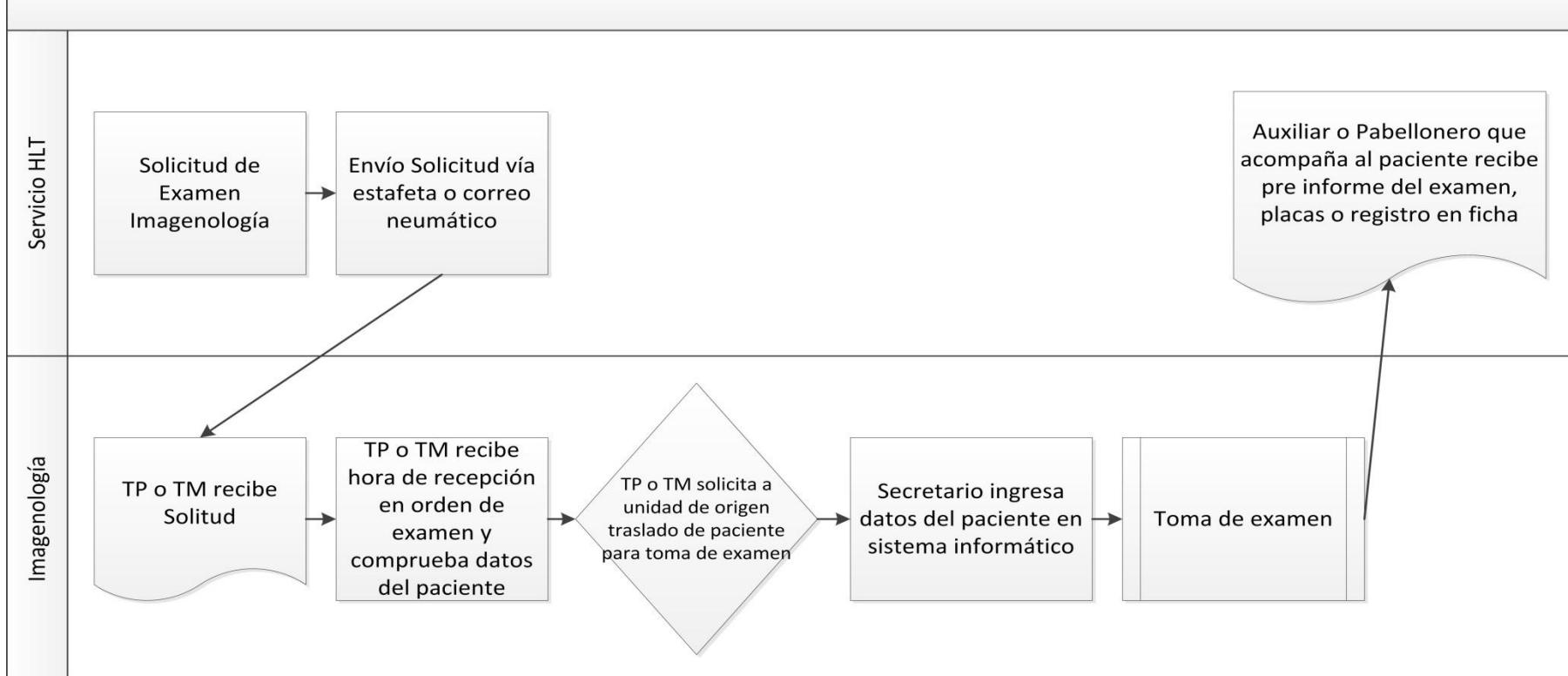
FLUJOGRAMA GENERACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

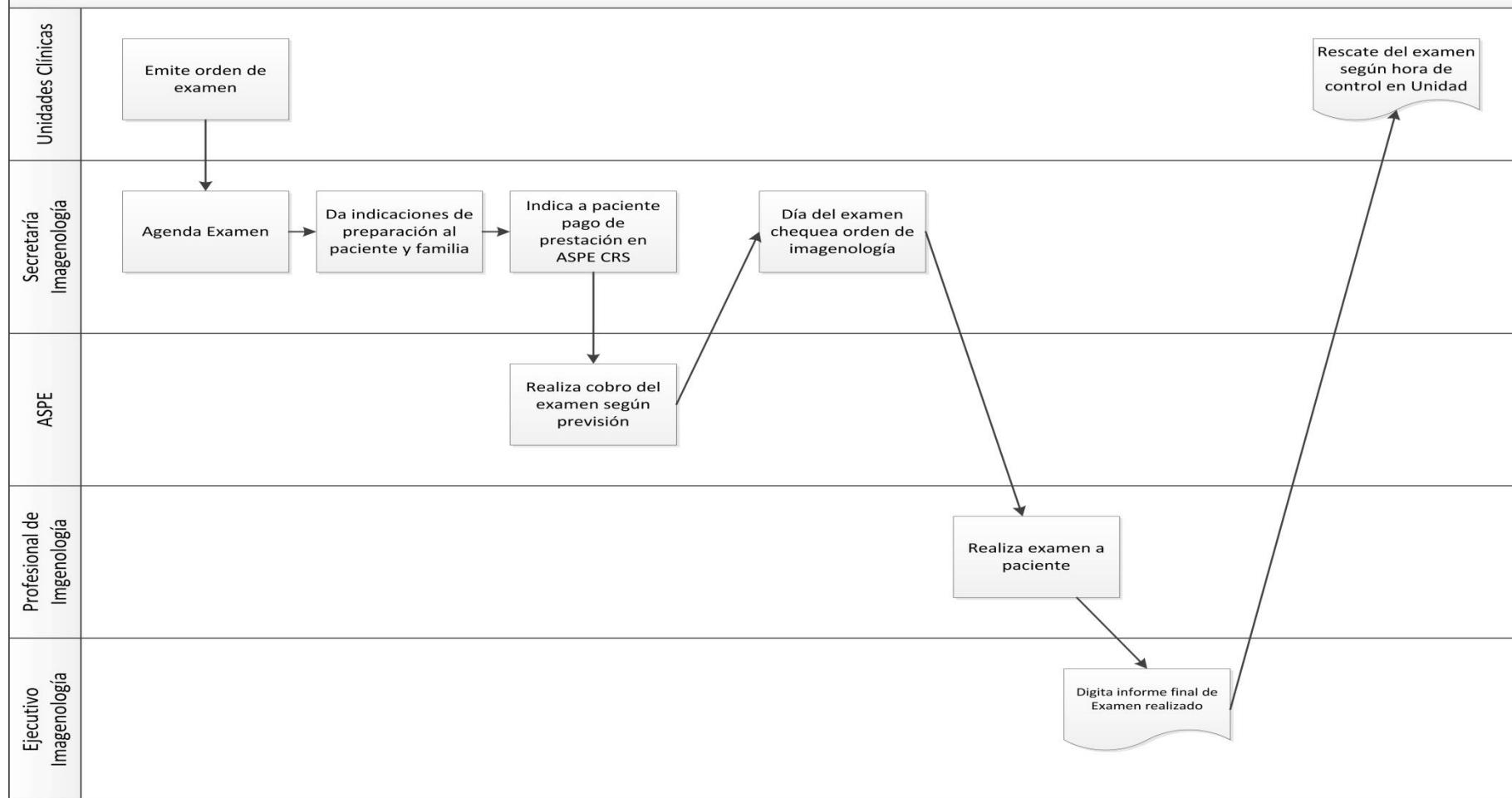


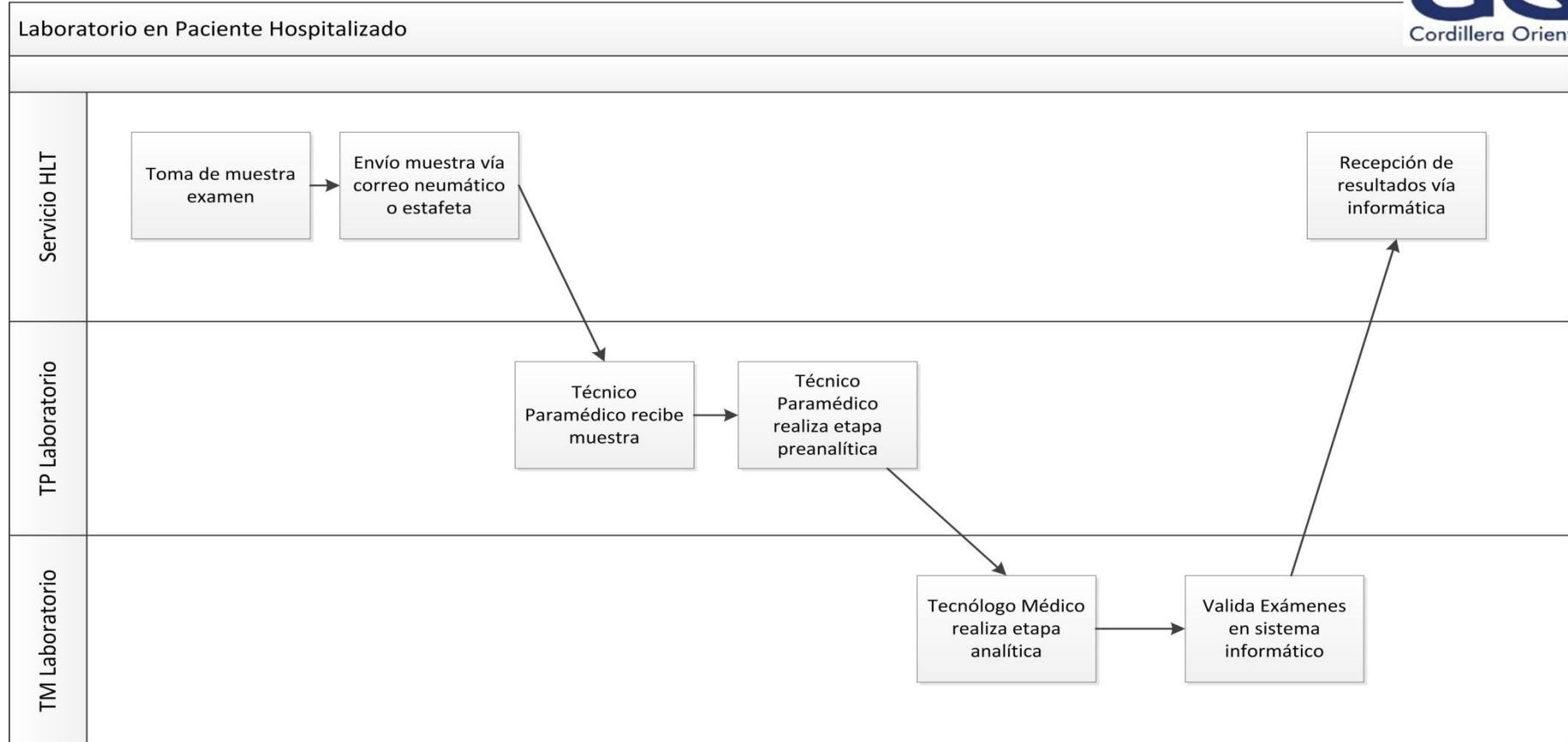
FLUJOGRAMA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

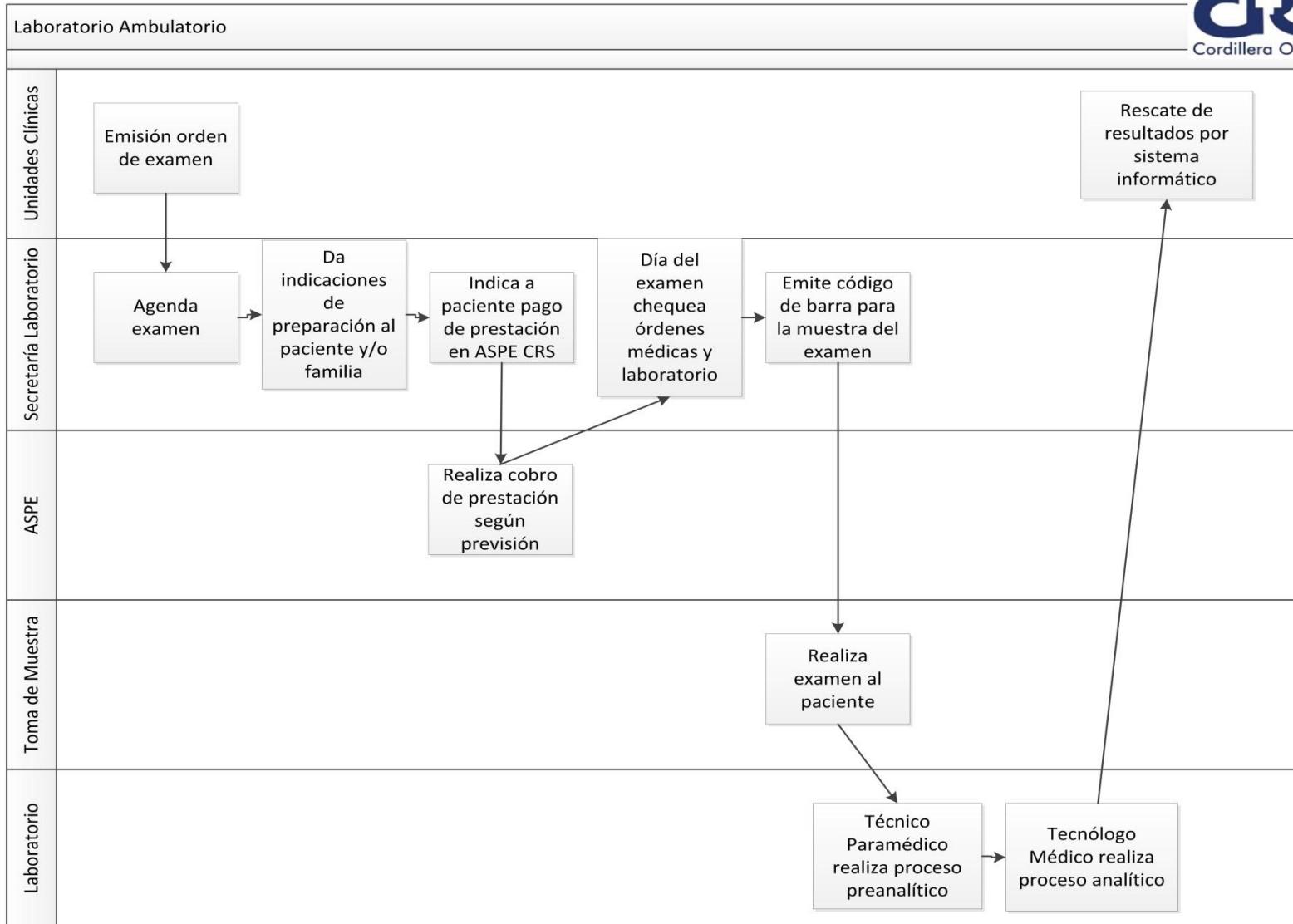


Solicitud de Examen Imagenología Paciente HLTB

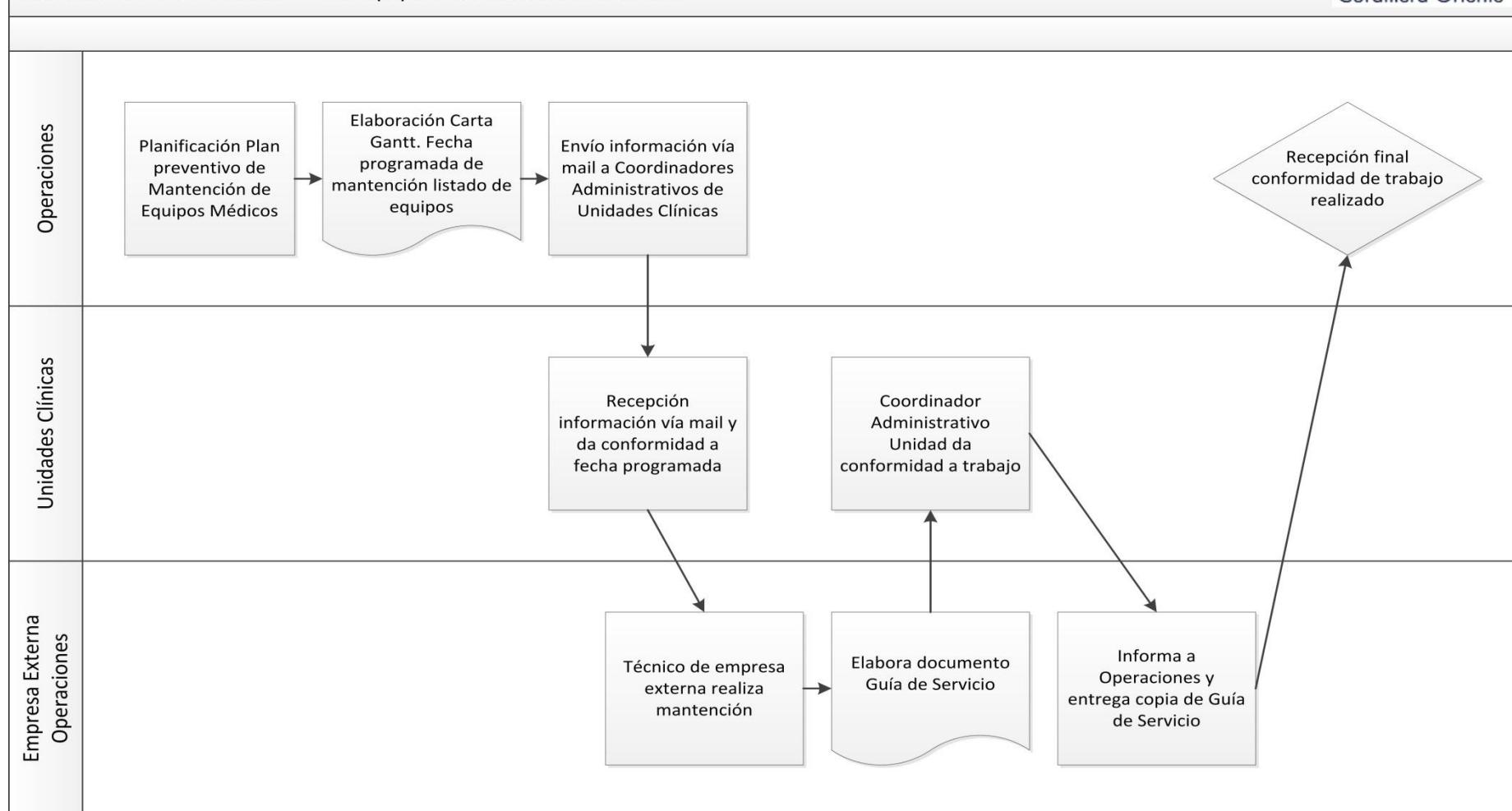


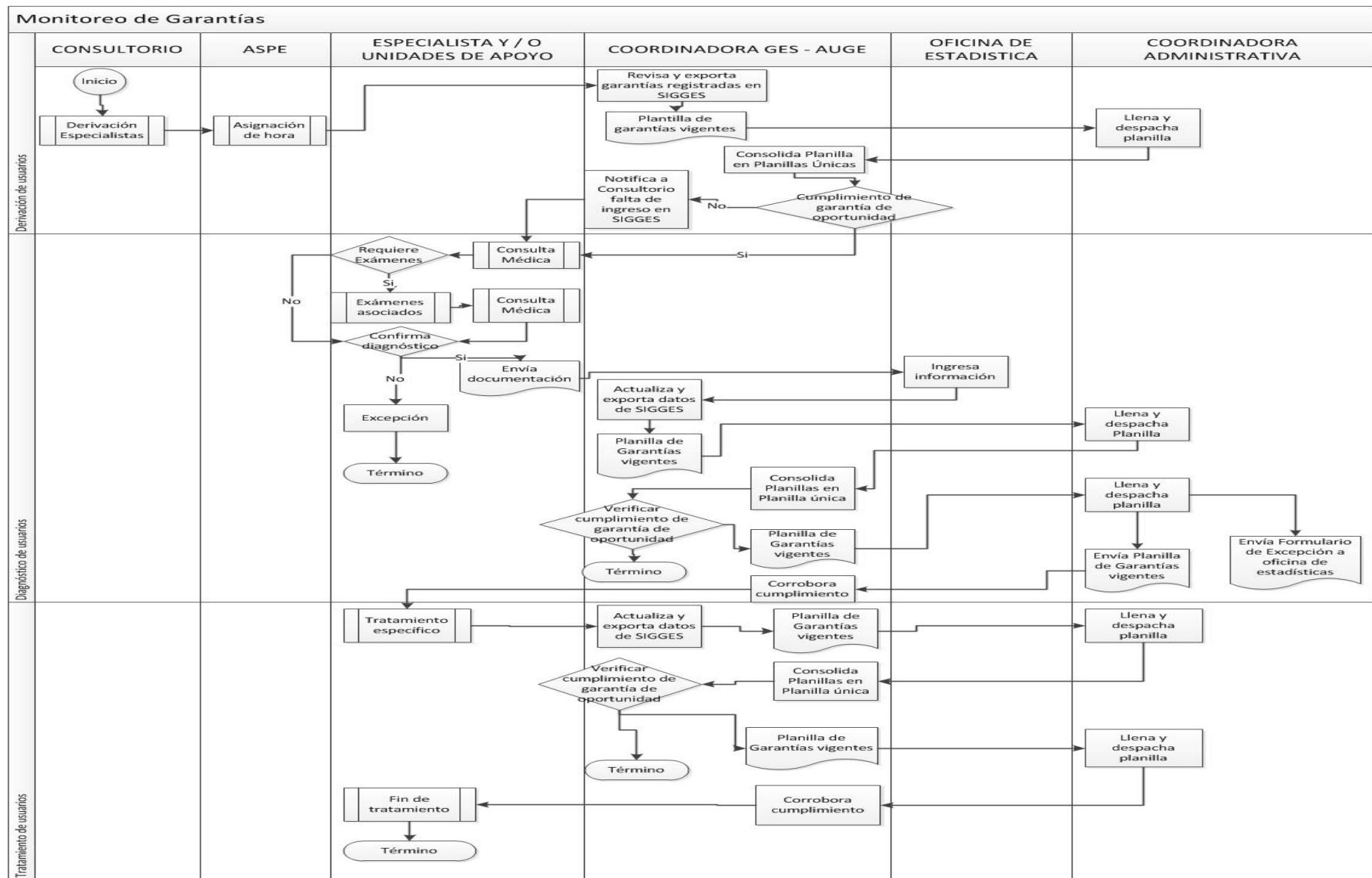




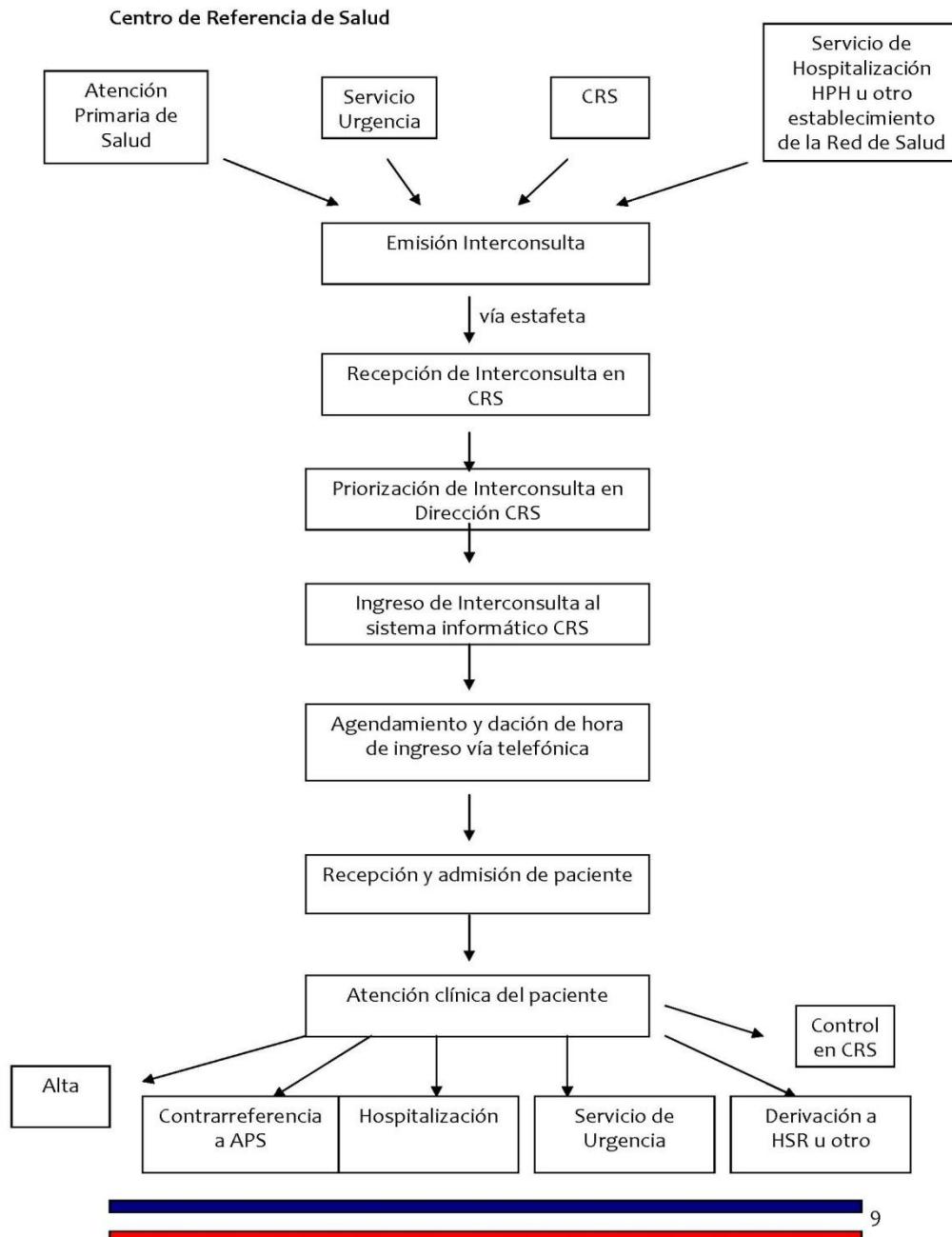


Plan Preventivo de Mantención de Equipos Médicos de la Institución

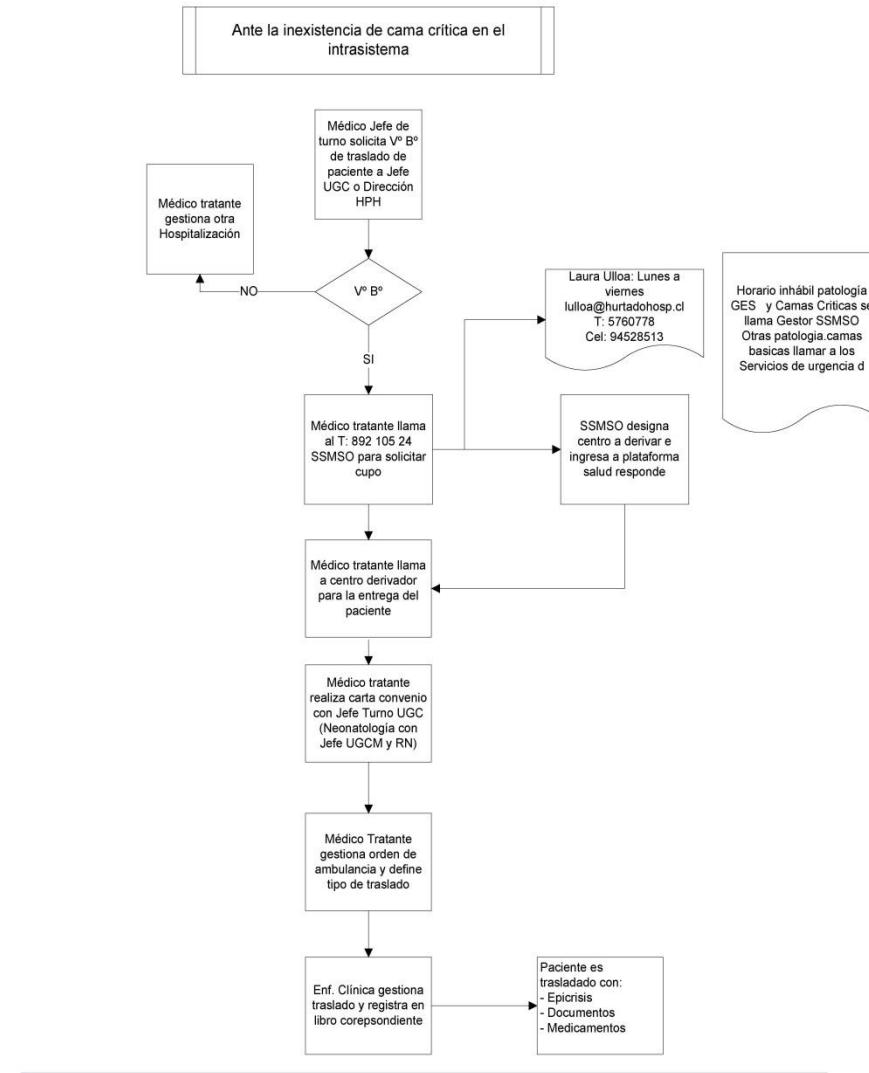




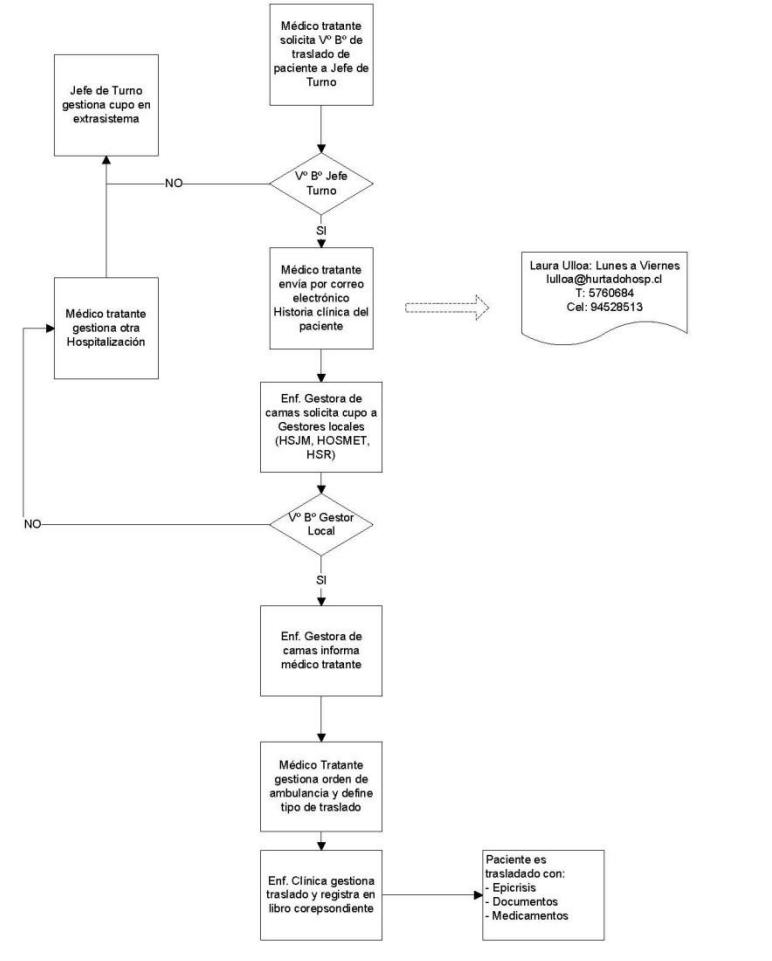
1.11 Anexo N°11: Flujogramas HPH



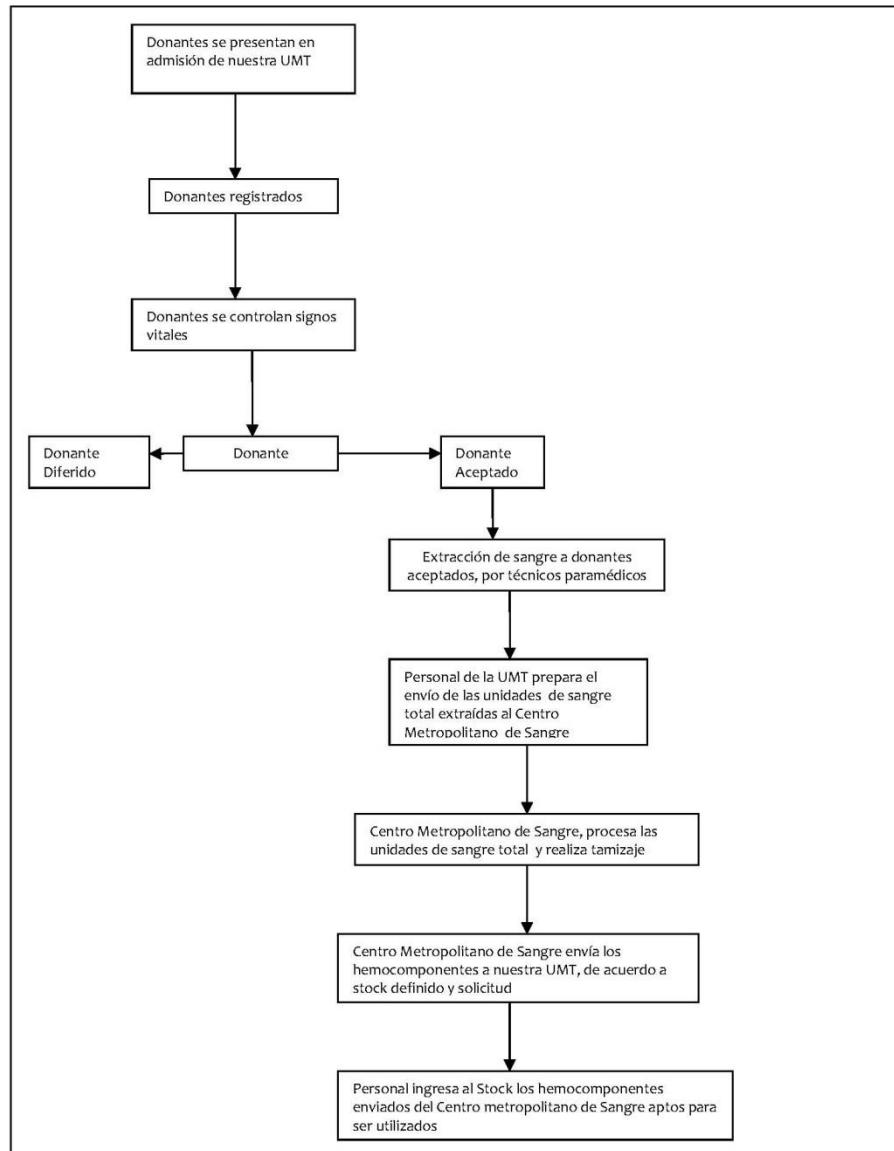
Flujo de Derivación Sistema Privado

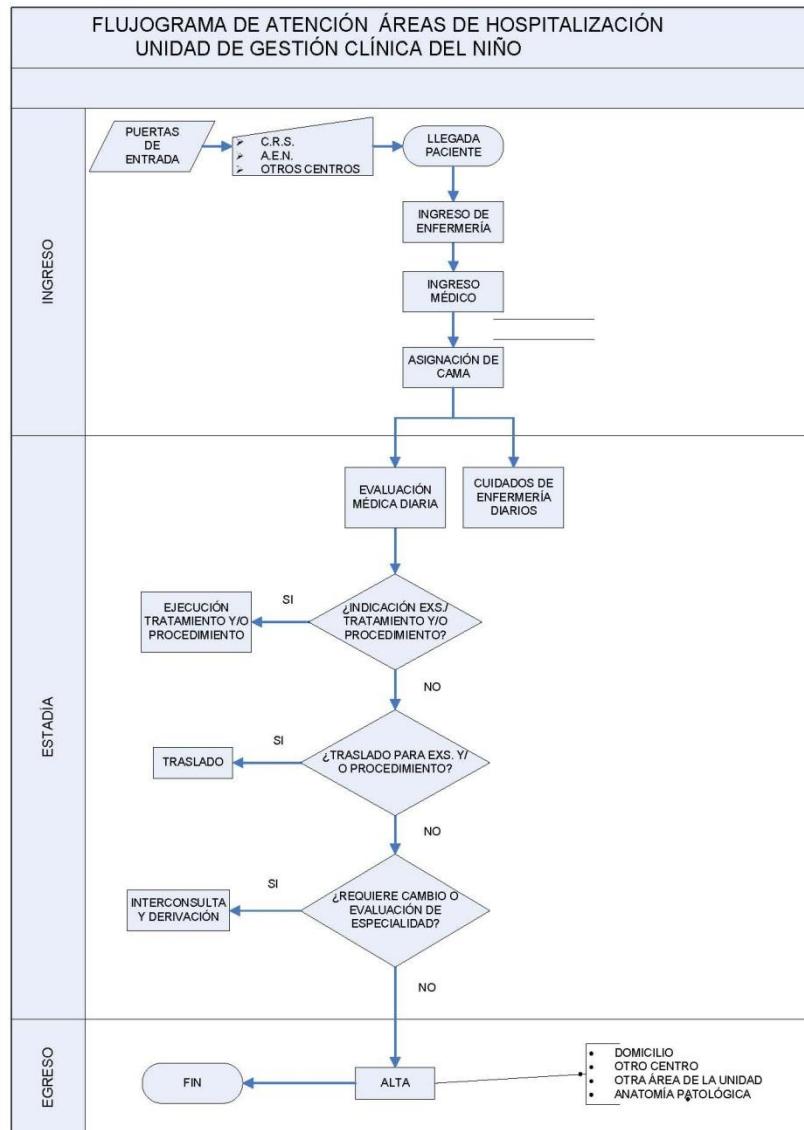


Flujo de Derivación Sistema Público

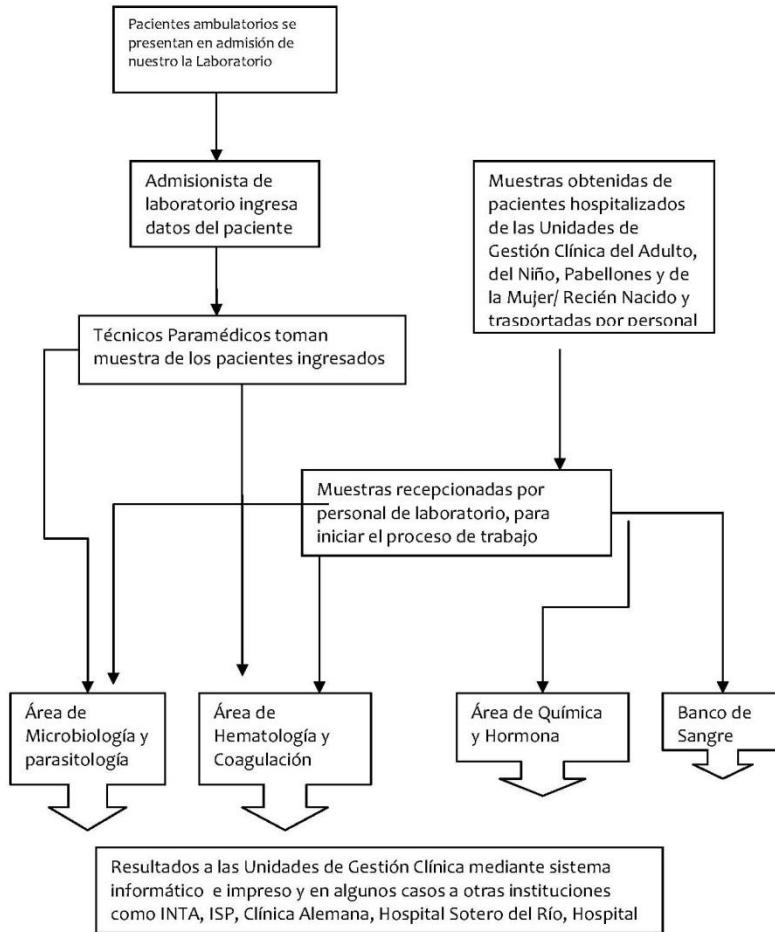


Flujograma Unidad de Donantes Medicina Transfusional

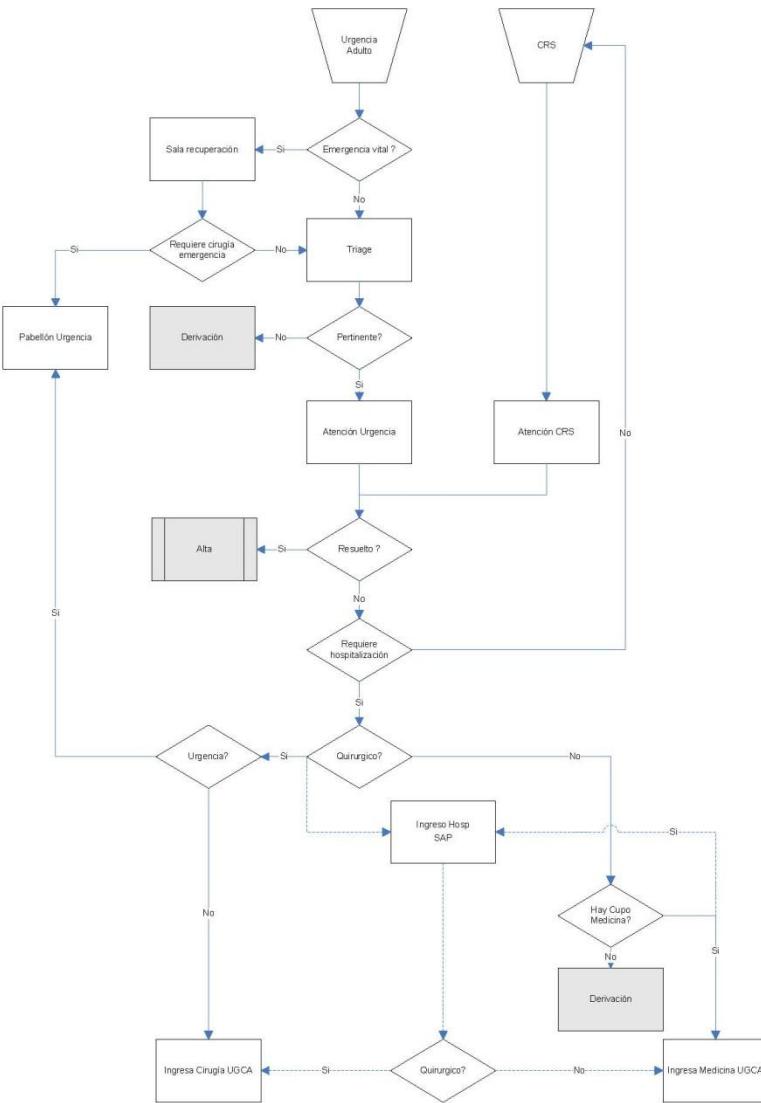


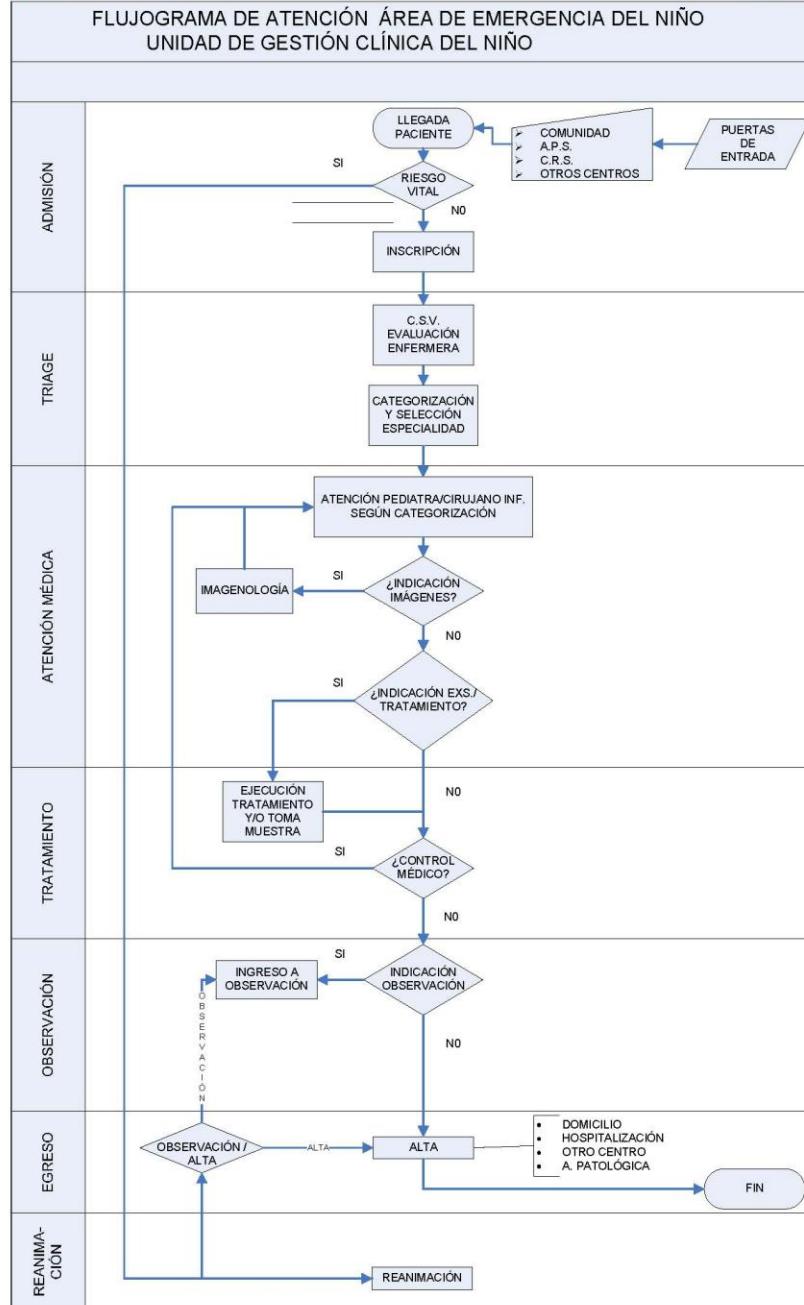


Flujograma Unidad de Laboratorio Clínico

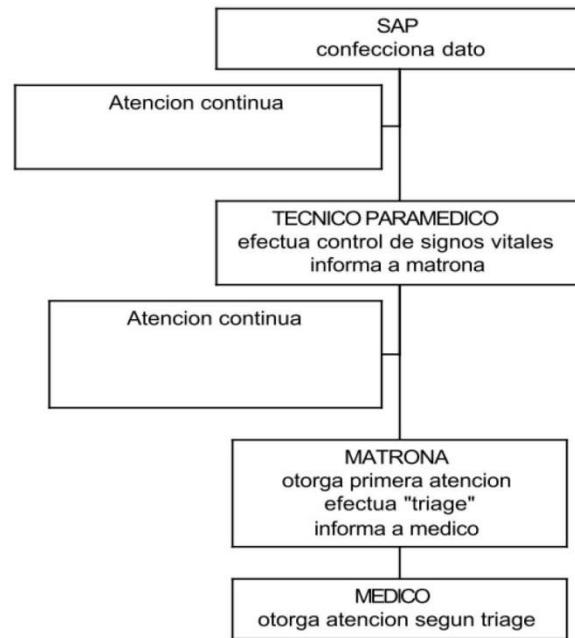


Flujograma Ingreso Pacientes UGCA





Urgencia Maternidad



1.12 Anexo N°12: Esquema de pago a proveedores

Esquema de pago a proveedores

Todo esquema de pago a proveedores tiene como objetivo general asegurar el correcto y oportuno pago de las obligaciones contraídas con proveedores de bienes y servicios, siendo su objetivo específico establecer los procedimientos necesarios para el control de pago a proveedores no superior a 60 días desde el devengo del respectivo documento de pago. Dicho proceso se constituye de la solicitud de compra, resolución, documento de pago, unidades que solicitan el bien o servicio y los responsables que lo ejecutan. En este contexto, debe entenderse como “correcto” pago, aquel que da por concluida la obligación financiera contraída por el establecimiento, en virtud de haber recibido un bien o servicio según lo estipulado en la orden de compra.

La documentación básica y las unidades demandantes en todo esquema de pago a proveedores corresponden a:

11. **Solicitud de Compra:** el proceso de adquisición de bienes y servicios con destino a cada una de las unidades demandantes del establecimiento se inicia con la solicitud de compra realizada por las mismas. Cada una de estas solicitudes debe cumplir con la condición de ser estrictamente necesaria para las actividades propias de la unidad demandante. Como la dirección del establecimiento debe controlar este aspecto de las compras, es necesario que al momento de autorizarla posea los elementos de juicio para tomar una adecuada decisión.²³⁹
12. **Resolución Exenta de Compra:** considerando que la autoridad en la cual se delega expresamente la facultad de obligar el presupuesto del establecimiento es la que, en principio, posee el conocimiento necesario para efectuar tal tarea en función de los intereses de la organización, este documento se torna esencial para determinar el correcto pago al que se ha hecho referencia. La firma de la resolución exenta de compra equivale a la autorización de la misma y la realiza el director o la persona en que haya delegado esta función. Paralelamente, esta autoridad debe conocer la disponibilidad presupuestaria a efecto de evaluar el impacto de la compra en la situación financiera del establecimiento.
13. **Orden de Compra:** Documento mediante el cual se formaliza la adquisición de bienes y servicios con el proveedor. En estricto rigor, este documento debe emitirse con posterioridad a la firma de la resolución exenta de compra por parte de la autoridad facultada para este acto. La importancia de este documento radica en que asegura que los funcionarios que están solicitando la compra pertenecen a la organización y

²³⁹ La solicitud puede estar consignada en un programa anual (o sus particiones: mensual, trimestral, etc.) según el cual se puede observar si las compras están o no dentro de lo programado, o pueden ser compras complementarias a dicho programa y de carácter especial. Lo importante es que sean indispensables.

que la compra misma se encuentra autorizada por una autoridad facultada y competente. El no operar en esta forma significa detrimento para la funcionalidad del establecimiento y por ende un menoscabo a los beneficios que se brinda a sus usuarios.

14. **Documentos de Pago:** Corresponden a las facturas, boletas, notas de crédito y notas de débito generadas por la compra de un bien o servicio. Es importante destacar que estos son los únicos instrumentos válidos como contrapartida de un pago, según las condiciones establecidos por la Ley de Compras del Estado. Paralelamente se hace mención a que todo documento de pago debe estar respaldado por un contrato de suministro y que la factura por si misma constituye un contrato de compra-venta desde el punto de vista legal. Tan sólo se diferencia de un contrato formal por efecto de que los suministros regulares y sostenidos deben estar acompañados de un contrato formal, ya provenga éste de un contrato realizado por medio de Convenio Marco establecidos por la Ley de Compras del Estado o de un convenio directo entre un proveedor y el establecimiento.
15. **Unidad Demandante:** Aquella dependencia de la organización: Gerencias, Direcciones, Subdirecciones, Servicios, Departamentos y Unidades, que soliciten la adquisición o contratación de un bien y/o servicio. Desde luego, las solicitudes de bienes y servicios deben guardar estricta relación con la actividad que realiza cada una de las unidades demandantes al interior de la organización.

Los responsables y roles se establecen según la responsabilidad funcional y el procesamiento que se requiere de la información en la documentación que interviene, para realizar cada una de las etapas que permiten cumplir con los objetivos de este proceso. Los siguientes funcionarios deben tener las responsabilidades y roles:

Autoridad Financiera

- Revisar documentación y firmar cheques de pago a proveedores.
- Visar y firmar los documentos según corresponda.
- Supervisar el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a sus funcionarios dependientes.
- Revisar el programa de caja, establecer plazos de pago y asegurar fondos para cumplir los compromisos adquiridos por contrato e impartir instrucciones para superar las desviaciones que se observen en la Unidades Demandantes.

Nivel de Información y Registro (normalmente Contabilidad y Presupuesto).

- Revisar Órdenes de Compra y entregar la imputación asociada al gasto sobre la base de la información o documentos proporcionados por las Unidades Demandantes.

- Recibir y resguardar facturas y boletas con documentación de pago a proveedores.
- Solicitar a las unidades demandantes recepción conforme de bienes y servicios, a través de visación en el mismo documento de pago.
- Registrar al momento de la recepción de los documentos, en contabilidad y libro de compra las facturas aprobadas.
- Proponer la devolución de facturas que no estén aceptadas por los demandantes, mal extendida o que no correspondan a la Institución. Se debe considerar que todo documento de pago, habiendo transcurrido 8 días a partir de su fecha de recepción se entiende aceptado por su destinatario y por lo tanto, constituye una obligación a la que se debe dar cumplimiento aunque la unidad demandante no haya dado su aprobación en consideración a que el bien o servicio ha sido entregado en las condiciones establecidas en la solicitud correspondiente.
- Enviar las facturas y boletas con su respectivo comprobante de traspaso a Tesorería para programar su pago según corresponda.

Encargado Administrativo de la recepción

- El demandante del servicio debe revisar los bienes recepcionados y registrar en el original del documento de pago, la recepción conforme de los bienes y servicios, según corresponda. Para esto, se hace necesario que disponga de la información contenida en la orden de compra respecto a las condiciones de entrega en cuanto a calidad del bien o servicio y su oportunidad para que el encargado pueda juzgar si estas condiciones han sido cumplidas a cabalidad. En caso contrario, corresponde la devolución de la factura o la emisión de nota de crédito (débito) según corresponda.
- Remitir documentos de pago y demás documentación relacionada al Nivel de Información y Registro.
- En caso contrario debe indicar la devolución del documento de pago y los productos al proveedor.

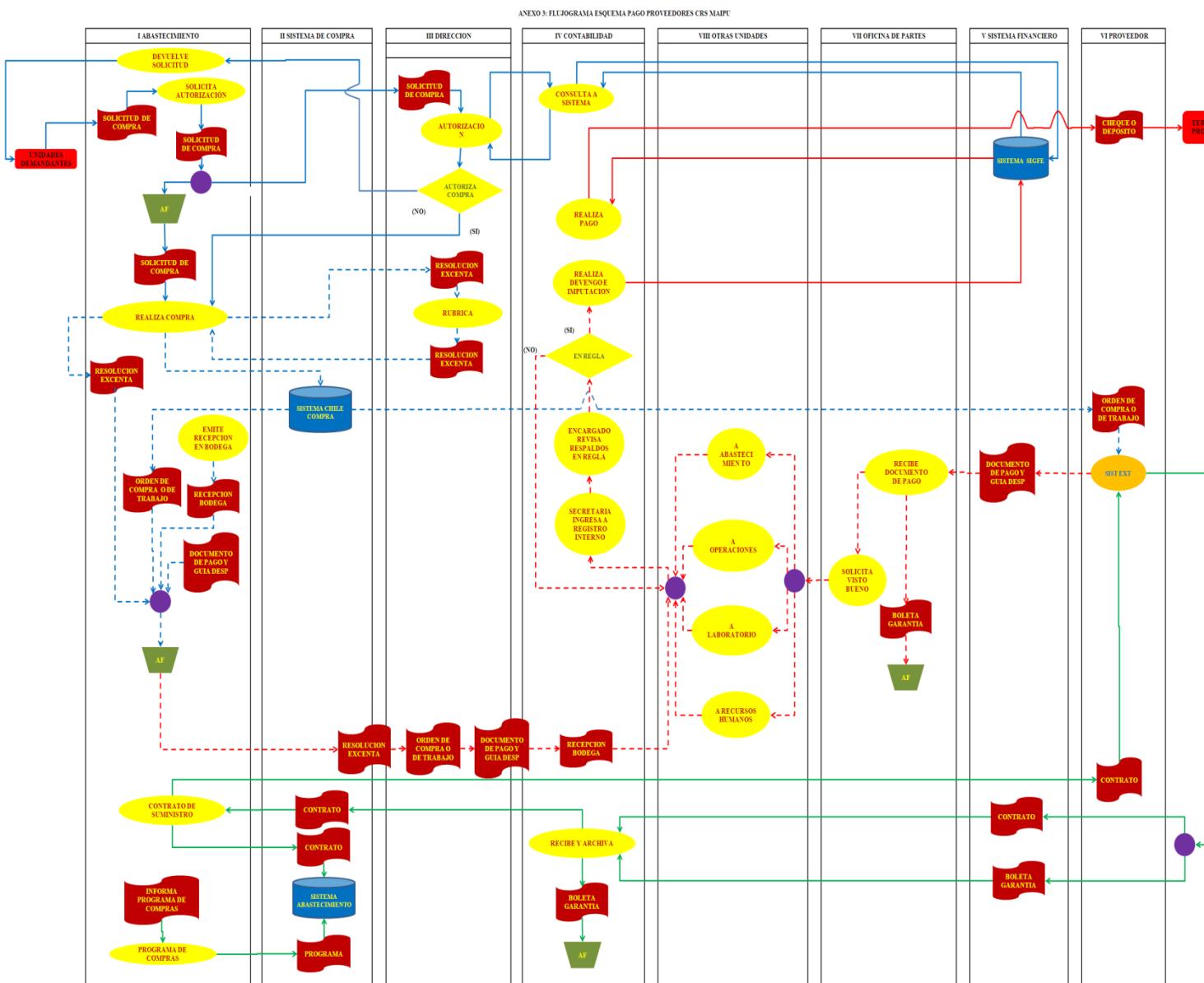
Función Tesorería

- Revisar documentación, contabilizar, confeccionar cheque, emitir comprobante contable de pagos a proveedores y enviar dentro de los plazos establecidos a revisión y firma de cheques.
- Registrar en el sistema de control de caja, los documento de pago de proveedores, proponiendo la fecha de pago para revisión y aceptación de la autoridad financiera correspondiente.

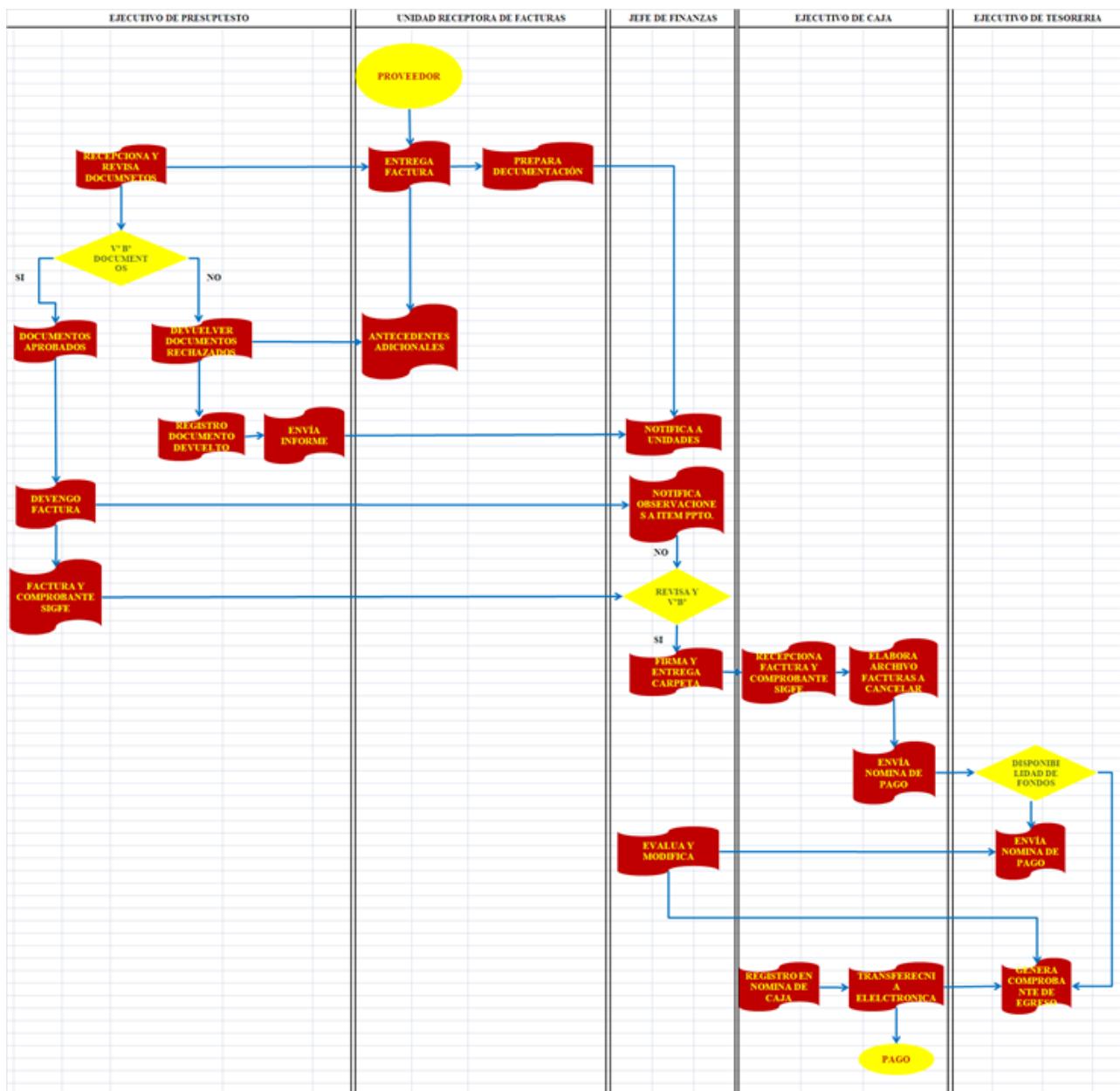
- Realizar el pago a Proveedores en los plazos establecidos.

En este contexto, la documentación, unidades demandantes, responsables y roles, deberían mantener el esquema genérico presentado precedentemente, con las debidas especificidades que sean propias a la estructura de las instituciones y los recursos disponibles que poseen para llevar a cabo la función.

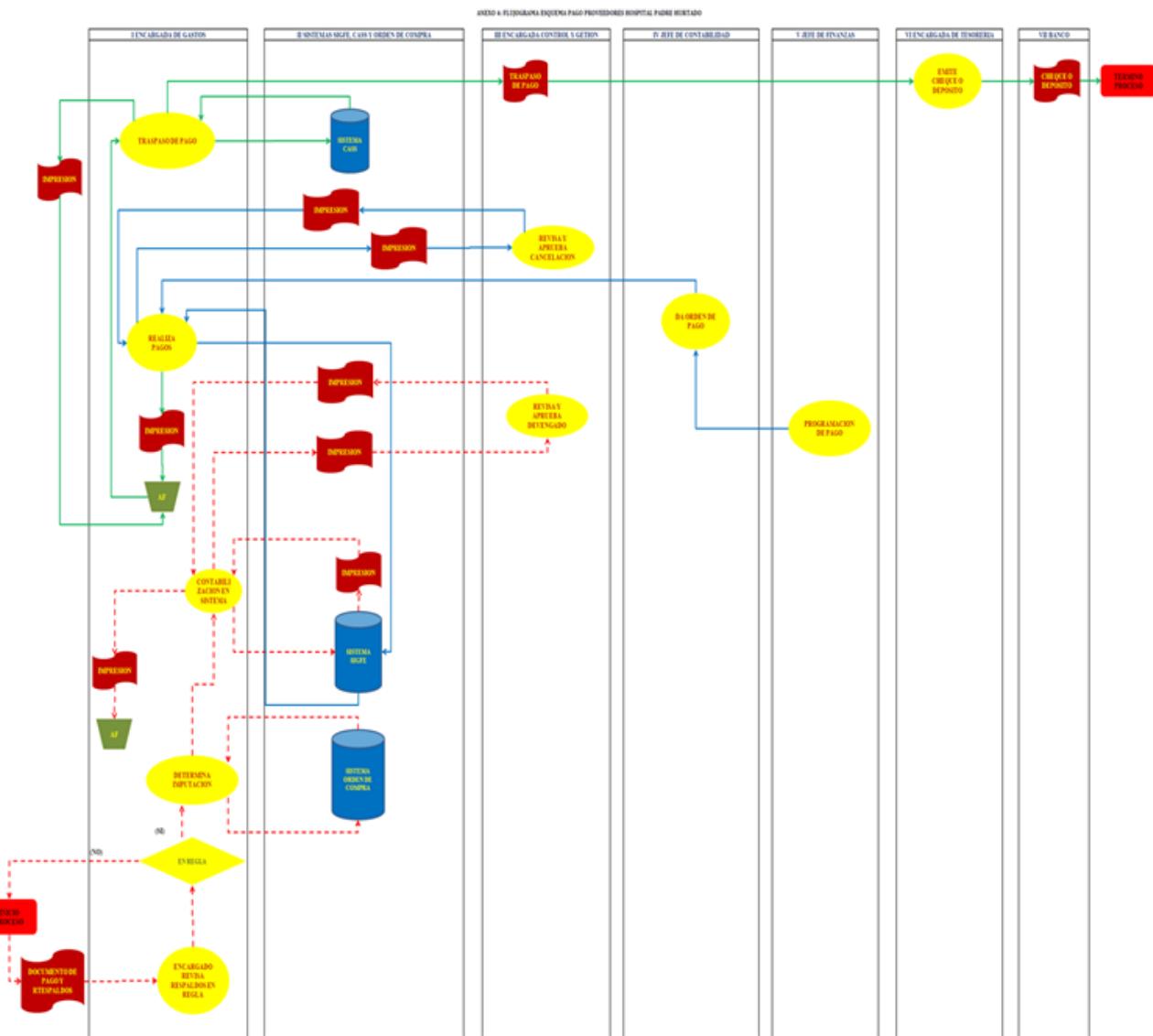
1.13 Anexo N°13: Flujograma lógico esquema pago proveedores CRSM



1.14 Anexo N°14: Flujograma lógico esquema pago proveedores CRSCO



1.15 Anexo N°15: Flujograma lógico esquema pago proveedores HPH



1.16 Anexo N°16: Resumen dictámenes de la Contraloría General de la República CRSCO

ID DICTAMEN	FECHA	DESTINATARIO	ACCIÓN	FUENTES LEGALES	DESCRITOR
037514N10	07/07/2010	Olga Contreras	Aplica dictamen 13097/2010	Ley 18834 art/126, ley 18834 art/128, ley 18834 art/129 ley 18834 art/140	SALUD, potestad disciplinaria, irregularidades.
021519N10	26/04/2010	Directora	No indica.	dfi 1/2005 salud lib/II, dfi 1/2005 salud art/159	bases licitación de servicios de radiología
004053N10	22/01/2010	Bernardita Cayo Ramírez	Aplica dictámenes 22142/89, 37584/2009	ley 15076 art/12, dfi 30/2000 salud art/13, dto 1897/65 inter num/4, dfi 1/2001 salud	profesional funcionario, jornada de trabajo, horario de colación
052301N09	22/09/2009	Fabiola Molina Áviles	No indica.	No indica.	asignación desempeño individual, pago, junta calificadora
032722N08	14/07/2008	Directora	No indica.	res 520/96 contr art/1 inc/1 num/11, res 55/92 contr	exención toma razón
053816N07	27/11/2007	María Díaz Muñoz	Aplica dictámenes 15769/2000, 29636/2001	dfi 30/2000 salud art/23, dfi 30/2000 salud art/21 lt/a dfi 30/2000 salud art/13, dfi 30/2000 salud art/5 tran ley 18834 art/98, ley 18834 art/161, dfi 29/2004 hacie ley 18834 art/99	prescripción pago remuneraciones
037341N07	17/08/2007	Directora	Aplica dictamen 52838/2002	ley 15076, ley 18834 art/34, ley 18834 art/35 inc/11 ley 19490 art/1, ley 19664, dfi 30/2000 salud art/13 dfi 30/2000 salud art/14, dfi 29/2004 hacie dl 1953/77 art/9, res 21/2004 salud art/4/4/2 res 21/2004 salud art/4/4/2/1, res 21/2004 salud art/4/4/2/8 res 21/2004 salud art/4/4/2, res 21/2004 econo art/4/4/2 res 21/2004 econo art/4/4/2/1, res 21/2004 econo art/4/4/2/8 res 21/2004 hacie art/4/4/2, res 21/2004 hacie art/4/4/2/1 res 21/2004 hacie art/4/4/2/8	Asignación Desempeño Individual Centro de Referencia Peñalolén
026360N07	12/06/2007	Director	No indica.	Ley 19345 art/1, Ley 16744 art/8, Ley 19345 art/4 Ley 18834 art/72, DFL 30/2000 Salud art/13, Ley 18834 art/111 Dto 3/84 Salud art/3 inc/1, Dto 3/84 Salud art/3 inc/5 DFL 1/2005 Salud art/13, Dto 101/68 Traps art/73 lt/d Dto 101/68 Traps art/7 lt/f, Pol art/19 Num/9, pol art/19 Num/18 Dto 100/2005 Sepre, Dto 3/84 Salud art/7 inc/2 dfi 29/2004 hacie, Dto 101/68 Previ art/73 lt/d Dto 101/68 Previ art/7 lt/f	certificado mutuales reposo por accidente o enfermedad laboral

1.17 Anexo N°17: Recursos Humanos

Cuadro N° 1.5

Descripción de cargos a honorarios HPH

Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

(los % señalados están referidos al total de contrataciones a honorarios)

Descripción de función	Admin.	Auxiliar	Médico	Profesional no médico	Técnico	Total	%
Campaña IRA / ERA no Médicos		19		62	76	157	45%
Honorarios permanentes médicos			40			40	11%
Refuerzo reemplazo médicos			64				18%
Ampliación camas UGCA		18				18	5%
Chile crece contigo		5		10		15	4%
Llamadas traumatólogo			12			12	3%
Honorarios permanentes no médicos	4			7		11	3%
Pabellón alto rendimiento			10			10	3%
Hospitalización domiciliaria		4		1	1	6	2%

Elaboración propia GSC

Cuadro N° 1.6

Estamentos contratados con Horas Extraordinarias Hospitalares HPH y Temuco

Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

Estamento	Contrataciones Con Horas Extraordinarias							
	Funcionarios de Planta				Funcionarios a Contrata			
	HPH		H. Temuco		HPH		H. Temuco	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administrativo	11	13%	51	9,71%	8	14%	114	10,57%
Auxiliar	28	33%	138	26,29%	18	32%	202	18,72%
Directivos			1	0,19%				
Medicos							4	0,37%
Profesionales	23	27%	142	27,05%	16	28%	290	26,88%
Técnicos	23	27%	193	36,76%	15	26%	469	43,47%
Total general	85	100%	525	100%	57	100%	1079	100%

Elaboración propia GSC

Cuadro N° 1.7
Descripción de cargos con Horas Extraordinarias CRSM
Fuente: Página web institucional Gobierno Transparente Sept. 2011

Tipo de contrato	Horas Extraordinarias					
	Sin		Con		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Planta	9	5,63%			9	5,63%
Contrata	90	56,25%	61	38,13%	151	94,38%
Total	99	61,88%	61	38,13%	160	100,00%

Elaboración propia GSC

Anexos Capítulo 4: Comparación Global de Desempeño

1.1 Anexo N°1

Población beneficiaria e indicadores trazadores de las comunas de los CRS Casen 2009, PNUD*, y FONASA**

Nombre	Poblac. Beneficiaria (FONASA)	Comunas	% de desempleo 2009	% Pobreza 2009	Porcentaje de ruralidad 2009	IDH*	Ranking Salud (IDH)*	Tasa de Mortalidad Infantil (2009)
CRS Cordillera	297.724	Peñalolén	7,6	6,75	0	746	114	6,9
		Macul	9,4	6,79	0	777	112	8,4
CRS Maipú	361.381	Maipú	12	4,84	0	773	68	6,7
		Cerrillos	9,4	5,89	0	759	80	5,9
CRS S. Allende	172.073	Pudahuel	12,7	11,13	0	722	181	4,4
CRS San Rafael	284.605	La Florida	8,5	8,17	0	803	29	7,6

* PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo)

** FONASA: Fondo Nacional de Salud

1.2 Anexo N°2

Población Beneficiaria y Caracterización de los EAR

FONASA 2010

Fecha EAR	SS	Nombre Establecimiento	Población beneficiaria	Cartera de Servicios / Características generales
2005	M. Norte	Instituto Nacional del Cáncer	sin dato	Centro de referencia nacional
2006	M. Oriente	Luis Calvo Mackenna	sin dato	Centro de referencia nacional para alta complejidad pediátrica
2007	M. Oriente	Instituto Nacional del Tórax	sin dato	Centro de referencia nacional
2007	Araucanía Sur	Temuco	576.061	Hospital regional o base del SS.
2008	M. Sur	El Pino	361.328	Hospital de mediana complejidad con CRS adosado
2008	M. Oriente	Luis Tisné	Con obs.	Centro de referencia especialidades de la mujer para todo el SS Oriente
°2008	M. Norte	Instituto Psiquiátrico	sin dato	El tipo de paciente no permite comparaciones con un hospital no psiquiátrico

1.3 Anexo N°3

**Hospitales con N° de Egresos Hospitalarios dentro del rango del HPH
(más / menos 20%)**

Establecimiento	Egresos
Del Salvador	18.496
Valdivia	20.000
Luis Tisné	20.589
Rancagua	21.000
Talca	22.170
Puerto Montt	22.333
Padre Hurtado	22.569
Higueras	23.561
Talcahuano	
Gustavo Frique	24.000
San Juan de Dios	24.402
Herminda Martín	24.800
V. R. Ruiz Los Ángeles	25.798

1.4 Anexo N°4

EAR y Población Beneficiaria FONASA 2010

Establecimiento	Pobl. Benef²⁴⁰.
Higueras Talcahuano	289.070
Puerto Montt	299.744
V. R. Ruiz Los Ángeles	315.095
Valdivia	317.537
Herminda Martín	399.657
El Salvador	623.545
Rancagua	666.865
Gustavo Fricke	747.244
Talca	831.221
San Juan de Dios	936.838
Luis Tisné	Con obs (*).

1.5 Anexo N°5: Información entregada por los establecimientos utilizados para análisis comparativo

²⁴⁰ Según datos entregados por FNASA en su sitio web

CRS San Rafael de La Florida								
Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de informacion entregada	
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	64933	70501	71947	69444	REM/DEIS		
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01- 108	0	0	0	0		No hay registro de prestaciones con este código	
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109	0	0	0	0		No hay registro de prestaciones con este código	
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en CDT)	REM 17 A 01-01-110	0	0	0	0		No hay registro de prestaciones con este código	
Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de sedimentación global)	REM 17 A 03-01-045	0	0	0	0		Se derivan al Complejo Sótero del Río	
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-041	0	0	0	0		Se derivan a Laboratorio de COMUDEF	
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034	0	0	0	0		Se derivan al Complejo Sótero del Río	
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector)	REM 17 A 03-06-011	0	0	0	0		Se derivan al Complejo Sótero del Río	
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007	1591	3022	2116	1147	REM/DEIS		
Nº total de cirugías ambulatorias		2018	2025	2571	1260	REM/DEIS		
A, Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	25689	24898	25966	26467	REM/DEIS		
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de la IH: IHO.1						No hay informacion	
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS	0,46	0,34	0,31	0,32	REM/DEIS	Informe Participacion DSS	
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva	Glosa 4	3228	3111	3015	3565	SIRH	Licencias Medicas por Enfermedad y Prorroga Medicina Preventiva	
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4	85,6	74,2	78,8	67,6	Informe Glosa 4		
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	27,80%	8%	7,16%	16,40%	REM/DEIS		
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	40%	41,8	39,30%	37,10%	REM/DEIS		
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión						Derivaciones de este problema de salud al Complejo Sótero del Río, según fluograma.	
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4						No tiene camas	
Nº de intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4	2018	1012	1285	1260	REM/DEIS		
% de suspensión de cirugía electiva	Control de gestión							

CRS Maipu								
Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de informacion entregada	
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	65.199	66.294	79.000	66.590	REM		
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01-108	n/a	n/a	n/a	n/a	-		
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109	n/a	n/a	n/a	n/a	-		
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en	REM 17 A 01-01-110	n/a	n/a	n/a	n/a	-		
Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de	REM 17 A 03-01-045	16.219	35.808	50.028	48.244	REM		
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-041	185	2.412	3.997	4.627	REM		
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034	0	0	0	0	REM		
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aseptica) (no incluye recolector	REM 17 A 03-06-011	8.419	11.459	10.685	8.670	REM		
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007	1.874	2.605	2.589	2.759	REM		
Nº total de cirugías ambulatorias		2.157	3.000	4.240	3.220	GLOSA 04		
A, Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	46.378	57.626	51.471	41.998	REM		
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de IIH: IHO:1	n/a	0,00%	0,00%	0,50%	REPORTES IIH CRS MAIPU		
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS	0,14%	0,16%	0,12%	0,11%	SISTEMA OIRS CRS MAIPU; REM		
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva	Glosa 4	18,0	13,4	17,1	19,8	GLOSA 04		
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4	583,8	747	972,9	873	GLOSA 04		
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	18,00%	24,30%	23,40%	18,50%	DATOS PROPIOS, BASE REM		
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	69,50%	65,80%	64,20%	63,50%	DATOS PROPIOS, BASE REM		
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión	98,77%	98,54%	95,70%	94,50%	SIGGES		
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4	n/a	0,59	0,72	0,60	GLOSA 04	La unidad inició su funcionamiento el 01 de julio de 2008; por lo anterior no aplica Estadística para el año 2007, y en 2008 considera desde el 01 de julio.	
Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4	1095	1500	2125	1610	GLOSA 04		
% de suspensión de cirugía electiva	Control de gestión	3,99%	3,57%	2,57%	2,20%	PABELLON CRS MAIPU		

CRS Cordillera Oriente							
Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de información entregada
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	98.380	103.519	100.357	94.792	REM	
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01-108	N.A	N.A	N.A	N.A		
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109	N.A	N.A	N.A	N.A		
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de	REM 17 A 01-01-110	N.A	N.A	N.A	N.A		
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-045	23.312	24.503	25.534	27.984	REM	
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034	3.330	3.347	3.340	3.428	REM	
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector	REM 17 A 03-06-011	9.125	9.077	9.434	9.424	REM	
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007	698	2.071	2.310	1.235	REM	
Nº total de cirugías ambulatorias		2.355	2.518	2.356	2.286	REM	Se consideran Cirugías de Cataratas, Hernias y Tegumentos.
A, Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	39.608	38.314	46.125	46.849	REM	
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de IHH: IHO.1	N.A	N.A	N.A	N.A		
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS						
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva	Glosa 4	sin informa	1,2	3,1	1,1		
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4		148,9	98,4	163,5		
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	19,6%	25,1%	21,7%	20,1%	Estadísticas diarias	Se considera la Unidad de Dental.
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	39%	39%	35%	32%	Estadísticas diarias	Nº Consultas Nuevas / Nº Consultas Totales
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión	100%	100%	100%	99,7%	SIGGES y registros Internos Unidad de Estadística	100% en garantías de confirmación y tratamiento para todos los años excepto la garantía de tratamiento para el año 2010, hubo dos casos incumplidos con hito.
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4	N.A	N.A	N.A	N.A		
Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4	1.204	1.224	1.106	1.167	REM	Se consideran Cirugías de Hernias y Cataratas.
% de suspensión de cirugía electiva	Control de gestión	7%	6%	9%	11%	Registros internos Unidad de Pabellón	

CRS Salvador Allende de Pudahuel

Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de informacion entregada
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	48793	52674	58811	58590	REM -17-A	En Consulta médica no se considera la Consulta de Psiquiatra, la que incluimos en Glosa N°4. Ademas se considera el REM 17-A, ya que es el total atendido
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología Y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01- 108	N/A	N/A	N/A	N/A		
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109	N/A	N/A	N/A	N/A		
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en CDT)	REM 17 A 01-01-110	N/A	N/A	N/A	N/A		
Hemograma (incluye recuento de leucocitos y neutrófilos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de sedimentación plaquetaria)	REM 17 A 03-01-045	5265	5236	6298	4267	REM -17-A	
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-041	489	562	555	715	REM -17-A	
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034	1287	5	0	0	REM -17-A	
Orotóxico, recuento de coronas y antrograma (cuandoquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector	REM 17 A 03-06-011	1474	1674	1934	1844	REM -17-A	
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007	900	912	952	1161	REM -17-A	
Nº total de cirugías ambulatorias		1148	1188	1451	1372	REM -17-A	
A, Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	30223	29234	30006	24667	REM -17-A	
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de IIH: IHO.1	N/A	N/A	N/A	N/A		
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS	5%	5%	4%	3%	Registros de encargada de OIRS del establecimiento y antecedentes de cuenta pública anual	
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva	Glosa 4	5,4	6,0	6,7	4,4		
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4	51	62,2	59,8	78,2		
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	21%	20%	23%	23%	Registro interno de Producción Estadística	Información de estadista centralizada y de acceso en Intranet del establecimiento.
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	40,36%	44,27%	45,30%	46,03%	Registro interno de Producción Estadística	Información de estadista centralizada y de acceso en Intranet del establecimiento.
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión	N/A	N/A	231	433	SIGGES	Inicio de Programa Cataratas en el año 2009
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4	N/A	N/A	N/A	N/A		
Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4	62	316	574	691	REM -17-A	
% de suspensión de cirugía electiva	Control de gestión	s/d	s/d	s/d	11%	Registro Interpol de	

Hospital El Pino	Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de informacion entregada
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	62162	69661	71911	74940	REM 17 A	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01- 108							
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109							
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en	REM 17 A 01-01-110							
Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)	REM 17 A 03-01-045	10790	11099	13143	21728	REM 17 A	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-041	840	1726	1820	2419	REM 17 A	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034		270	383	463	Informe de Laboratorio	No se encuentra disponible la información en el REM ya que no está ingresado en este código, sino está ingresado por separado en los otros códigos (VLDL, colesterol, etc)	
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico)	REM 17 A 03-06-011	6265	8553	9011	9535	REM 17 A	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007							
Nº total de cirugías ambulatorias		1750	2110	1996	1565	REM 17	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
A. Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	45440	47984	46879	47763	REM 17 A	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de IIH: IHO.1		0,36	0,2	0	Informe IIH	Sistema informático SIS-Q AP-GC 3,3	
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS		1,13	1,08	1,67	Informe OIRS	Información entregada por OIRS y REM 7	
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva	Glosa 4		28028	32456	27783	Glosa IV	Informe Glosa IV	
Rendimiento del Subítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4		94686	69215	132086,717	Glosa IV	Informe Glosa IV	
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	21,70%	14,70%	16,60%	17,10%	REM 7 SA CRS	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	59,1%	52,20%	54,4%	56,0%	REM 7 SA CRS	Carpeta SIG, Resúmenes Estadísticos, REM	
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión							
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4	0,9	0,8	0,7	0,6	REM 20	DEIS (Total anual)	
Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4		8131	8320	8430	Glosa IV	Informe Glosa IV	
% de suspensión de cirugía electiva	Control de gestión			12,0%	12,9%	Informe de suspendidos	En el año 2009, faltan las suspensiones adultos de los meses enero, febrero, marzo, septiembre, octubre y noviembre	

Hospital Regional de Temuco							
Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de informacion entregada
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	0	0	0	0	REM 17A	
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01- 108	59000	57013	63772	42615	REM 17A	
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109	48281	44675	48275	32178	REM 17A	
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en	REM 17 A 01-01-110	60850	60749	67727	50431	REM 17A	
		168131	162437	179774	125224		
Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de	REM 17 A 03-01-045	15221	4715	6185	5618	REM 17A	
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-041	942	1367	1659	1537	REM 17A	
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034	8712	13218	14628	12500	REM 17A	
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector	REM 17 A 03-06-011	16719	20088	21286	17346	REM 17A	
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007	285	312	348	269	REM 17A	
Nº total de cirugías ambulatorias		2148	2609	2030	1029	REM 17	
A, Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	77533	78089	82976	75414	REM 17A	
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de IHH: IHO.1	0,00	1,80	0,00	0,00	informe anual con los resultados de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud o Intrahospitalarias	Estandar Nacional: 0,7
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS	8,21x10.000	8,81x10.000	13,32x10.000	13,88x10.000		
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva (personas)	Glosa 4	28,7604886	29,681587	30,9438315	29,0280512	SIRH	Nº Días de LM considera: Todas las LM de funcionarios Titulares y Contratados (incluye las de suplencias y reemplazos) menos las LM Patologías del Embarazo, Enf. Grave Hijo menor a 1 año y LM Maternales, ni licencias por enfermedades de trabajo y profesionales. Dotación efectiva al mes de Diciembre de cada año
Rendimiento del Subtítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4	0,67884227	0,69948696	0,72984706	0,67180328	SIRH	
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	19,1	18,6	17,9	20,5	REM 7	
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	22,8	23,9	31,0	42,7	REM 7	
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión	99,93%	100%	99,76%	92,07%		
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4	0,8	0,7	0,8	0,6	REM 20	
Nº de Intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4	860	902	870	647	REM 17 / REM 21	El año 2010 enero y febrero se tenían 18 pabellones, a contar del 1 de marzo hasta junio 4 pabellones de julio en adelante por arrendamiento de infraestructura del área privada y optimización de espacios propios, se aumentan a 8 pabellones (3 arrendados a la ACHS + la reconversión de un pabellón de hemodinamia a pabellón quirúrgico).
% de suspensión de cirugía efectiva	Control de gestión						

Hospital Padre Hurtado								
Descripción	Fuente de información	2007	2008	2009	2010	Fuente de información utilizada	Observaciones respecto de información entregada	
Consulta médica integral en C.R.S.	REM 17 A 01-01-104	154.440	140.729	148.169	145.566	Serie REM	Información registrada en la serie REM por especialidad, no como consulta integral CRS (códigos 01-01-111; 01-01-112; 01-01-113 09-03-001).	
Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (CDT)	REM 17 A 01-01-108							
Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	REM 17 A 01-01-109							
Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en	REM 17 A 01-01-110							
Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de	REM 17 A 03-01-045	57.167	53.937	74.557	85.757	Serie REM		
Hemoglobina glicosilada	REM 17 A 03-01-041	1.392	1.600	1.330	1.910	Serie REM		
Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	REM 17 A 03-02-034	0	0	0	0			
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector	REM 17 A 03-06-011	15.013	15.097	13.430	13.687	Serie REM		
Prótesis de restitución (fase clínica)	REM 17 A 27-02-007	0	0	0	0	No corresponde	No corresponde	
Nº total de cirugías ambulatorias		5.996	6.031	5.806	5.876	Base de Estadística HPH		
A, Exs. Radiológicos Simples	REM 17 A 04 - 01	84.243	84.201	102.101	104.031	Serie REM		
Tasa de Infección de herida operatoria colecistectomía laparoscópica	Reporte Vigilancia de IIH: IHO.1	0,58	0,53	0,23	0,45	Enfermera Infección Intrahospitalaria		
Tasa de reclamos por paciente atendido en at. Programada	Informe OIRS	12,0	16,7	15,3	15,0	Informe OIRS	Valor por 1000	
Nº de días de licencia sobre dotación efectiva	Glosa 4	20,69	23,2	25,66	25	GLOSA 4		
Rendimiento del Subítulo 21 (hrs. semanales)	Glosa 4	49199	50383	55039	57064	GLOSA 4		
% de inasistencia en consulta médica ambulatoria	Control de gestión	18,9	22,2	25,6	24,7	Serie REM	Se construye en base a consultas perdidas versus consultas agendadas; independiente si los cupos perdidos fueron llenados por otros pacientes (Definición REM 0/)	
% de consultas médicas NUEVAS de especialidad	Control de gestión	30%	33,8%	30%	29%	Serie REM		
% de cumplimiento garantía de oportunidad GES en catarata	Control de Gestión	100%	100%	100%	95,2%		% calculado sobre cumplimiento de cirugía de cataratas	
Intervalo de sustitución de camas	Glosa 4	1,10	1,50	1,05	0,78	Glosa 4		
Nº de intervenciones quirúrgicas mayores por pabellón	Glosa 4	11.173	12.090	13.374	13.321	Glosa 4		
% de suspensión de cirugía electiva	Control de gestión	s/d	8,1	8	9,3	Informe de Gestión		

1.6 Anexo N°6: Matriz Evaluación Comprehensiva del Gasto. CRSM.

CRS Maipú Año 2010

Misión Subsecretaría de Redes Asistenciales
Su misión es la de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.



Misión CRS Maipú
“Nos comprometemos a ser el mejor establecimiento de salud pública del país, que garantice atención integral en red, de manera oportuna, eficiente, de calidad, sin discriminación, preservando la dignidad de las personas.”

Objetivos Estratégicos Subsecretaría de Redes Asistenciales	Nº Prioridad Gubernamental con la cual se vincula

Objetivos Estratégicos CRS Maipú	Nº Objetivo Estratégico con el cual se vincula *

1. Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los SS, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativas para las redes de Alta Complejidad, GES y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.	2, 3, 4, 5	1. Impulsar mayor acceso a la salud para la población beneficiaria del Seguro Público de FONASA; lo anterior con foco en la integración apropiada con la Atención Primaria como principal puerta de acceso al sistema de salud, y en la detección de necesidades sentidas de la población y no satisfechas por el sistema en su conjunto.	1, 2, 3, 7
2. Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.	3, 4, 5, 6	2. Integrar a las redes sociales al quehacer del Establecimiento, a través de la comunidad organizada; esto, para que pueda cumplir su rol, tanto en la construcción conjunta de un mejor sistema sanitario, como en el establecimiento de exigencias por necesidades sentidas de la comunidad.	2, 3
3. Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutividad y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.	1, 2, 5	3. Articular en el marco de la Red Asistencial, soluciones apropiadas para entregar respuesta a los problemas de salud existentes en la población. Lo anterior considerando aspectos de relación con el mismo nivel secundario y otros niveles asistenciales, aspectos de financiamiento, y necesidades de la Red Asistencial (preferencial u otra definida con el FONASA), con foco en mejora de la gestión por procesos.	1, 2, 3
4. Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.	2, 3	4. Velar por prestar servicios en coordinación e integración con los agentes de la Red Asistencial en la cual participa el Establecimiento, incluyendo en esto tanto a los Establecimientos de Salud, la Comunidad y el nivel Central (FONASA y Ministerio de Salud), para implementación y desarrollo de sus capacidades resolutivas a nivel asistencial.	1, 5, 6

5. Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento de uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sostenibilidad financiera del sistema.	2	5. Responder coordinadamente a los requerimientos de salud de la población, en forma conjunta con el Fondo Nacional de Salud y la Red Asistencial, asegurando viabilidad en el largo plazo del establecimiento y su modelo de gestión.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
6. Potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional para acelerar la gestión derivada de las políticas ministeriales en los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de la Red Asistencial como de la Autoridad Sanitaria, focalizada en la recuperación de la infraestructura clínica deteriorada y derrumbada, para generar las condiciones que permitan recuperar el nivel de funcionamiento de la red asistencial, mediante la búsqueda de acuerdos que resguarden plazos oportunos para tramitación de decretos y toma de razón.	3	6. Instalar una gestión innovadora en el marco de salud pública, a través de la interacción de los diferentes integrantes que conforman al CRS Maipú, logrando identificación y compromiso institucional para facilitar el logro de cada uno de los objetivos que se establezcan.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
7. Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado pre-hospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia y atención médica directa, para mejorar la oportunidad de atención de los pacientes.	6	* definidos por GSC	

Nº	Producto estratégico	Clients / Usuarios / Beneficiarios	Indicadores	Dimensión	Ámbito
1	Atención de urgencia ambulatoria	Acceso para toda persona que requiera atención de urgencia en la admisión del Servicio	<i>Tiempo promedio de espera para atención médica de pacientes con categorización C3 (nivel de urgencia que implica atención en menos de 30 min.)</i>	Calidad	Proceso
			1.2 Total de Consultas Médicas de urgencia realizadas en período t, respecto de Total de Consultas realizadas en período (t-1)	Eficacia / Eficiencia	Resultado
2	Atención de Especialidades Médicas	Beneficiarios del Seguro Público de Salud, FONASA, derivados desde los Consultorios de la Red Asistencial, de otros centros en Red Asistencial o bien desde algún servicio Clínico del mismo CRS Maipú.	Total de Consultas Médicas realizadas en período t, respecto de Total de Consultas realizadas en período (t-1)	Eficacia	Resultado
			Número de consultas Nuevas en período t, respecto al Total de consultas realizadas en período t	Eficacia	Proceso
3	Atención de Especialidades Odontológicas y Urgencia Dental	Beneficiarios del Seguro Público de Salud, FONASA, derivados desde los Consultorios	Cobertura de consultas dentales en período t, respecto a población inscrita	Eficacia	Resultado

		de la Red Asistencial, de otros centros en Red Asistencial o bien desde algún servicio Clínico del mismo CRS Maipú.			
4	Atención de Hospitalización de Corta Estadía	Beneficiarios del Seguro Público de Salud, FONASA, derivados desde establecimientos hospitalarios pertenecientes a la Red Asistencial con derivación ya coordinada entre los equipos clínicos, o bien desde el Servicio de Urgencia Ambulatoria del CRS Maipú.	<i>Costo promedio de día cama en período t, respecto del costo promedio dia cama t-1</i>	Eficiencia	Producto
5	Atención de Cirugía Mayor Ambulatoria	Beneficiarios del Seguro Público de Salud, FONASA, derivados para	<i>Variación en la tasa de complicaciones post operatorias ocurridas en las 72 hrs. post op.</i>	Calidad	Resultado

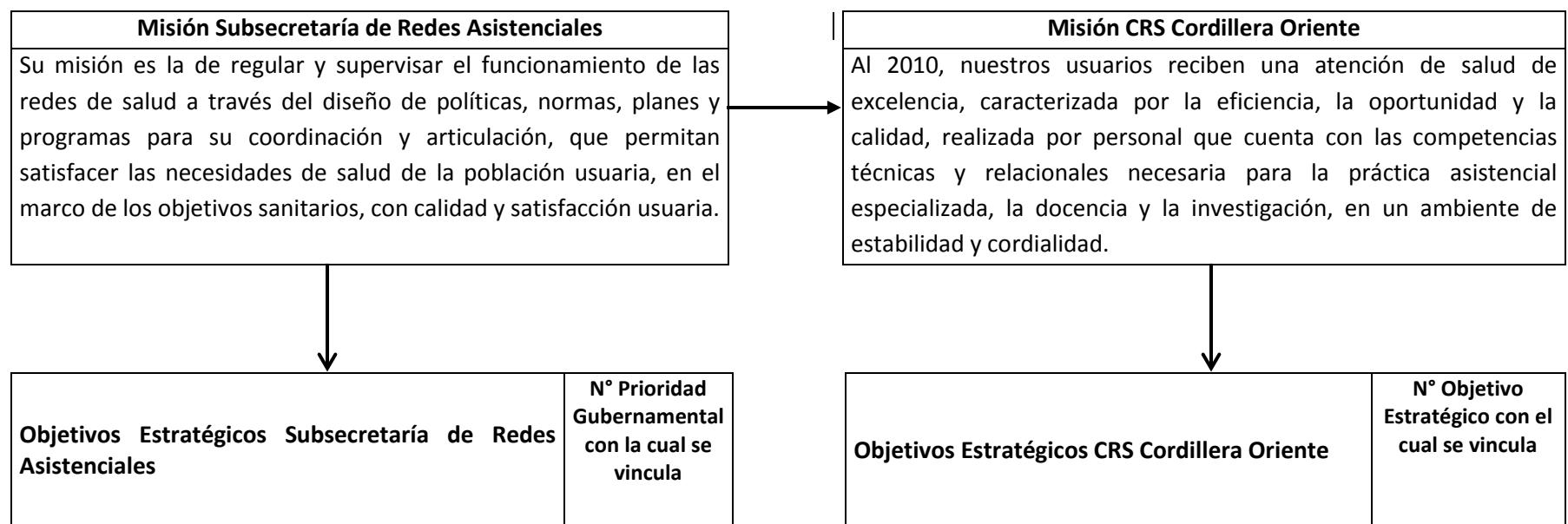
		tratamiento quirúrgico desde los Servicios de Especialidades Quirúrgicas de Especialidades Médicas del CRS Maipú.			
6	Atención de Hospitalización Domiciliaria	Beneficiarios del Seguro Público de Salud, FONASA, derivados preferencialmente desde la Unidad de Hospitalización del CRS Maipú, o bien desde su Servicio de Urgencia Ambulatoria; también - de existir coordinación - podrán ser ingresados usuarios desde establecimientos hospitalarios	6.1 Total de Personas Ingresadas a Programa Hospitalización Domiciliaria en período t, respecto de Total de Personas Ingresadas a Programa Hospitalización Domiciliaria en período (t-1)	Eficacia	Proceso

		pertenecientes a la Red Asistencial con derivación ya coordinada entre los equipos clínicos.			
7	<i>Integración de redes sociales al quehacer institucional</i>		<i>Tasa de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Consejo Consultivo del CRSM</i>	<i>Calidad</i>	<i>Resultado</i>

1.7 Anexo N°7: Matriz Evaluación Comprehensiva del Gasto. CRSCO.

Año 2010

(Sin modificaciones efectuadas en este estudio)



<p>1. Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativa para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas en Salud y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.</p>	2, 3, 4, 5	<p>1. Otorgar una atención de salud especializada y de excelencia con eficiencia oportunidad y calidad</p>	1, 2
<p>2. Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.</p>	3, 4, 5, 6	<p>2. Contar con personal necesario y con competencias técnicas y relacionales para la práctica asistencial especializada, la docencia y la investigación</p>	4
<p>3. Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutividad y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.</p>	1, 2, 5	<p>3. Implementar programas de capacitación, formación y especialización continuas y pertinentes en competencias técnicas y relacionales</p>	4

<p>4. Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.</p>	2, 3	<p>4. Definir e implementar una política interna de desarrollo de las personas que implique establecer estrategias participativas</p>	4
<p>5. Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento de uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sostenibilidad financiera del sistema.</p>	2	<p>5. Priorizar y potenciar ámbitos de desarrollo de nivel secundario de atención, de acuerdo a las necesidades de la red</p>	1, 2
<p>6. Potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional para acelerar la gestión derivada de las políticas ministeriales en los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de la Red Asistencial como de la Autoridad Sanitaria, focalizada en la recuperación de la infraestructura clínica deteriorada y derrumbada, para generar las condiciones que permitan recuperar el nivel de funcionamiento de la red asistencial, mediante la búsqueda de acuerdos que resguarden plazos oportunos para tramitación de decretos y toma de razón.</p>	3	<p>6. Revisar y perfeccionar en forma continua normas de referencia y contra referencia en red</p>	1

7. Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado pre-hospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia y atención médica directa, para mejorar la oportunidad de atención de los pacientes.

7. Participar y aportar al fortalecimiento e integración de la red asistencial 1

8. Normar la docencia e investigación

9. "Establecer los estándares que utilizará el CRS en sus procesos 1

10. Revisión y mejora de procesos internos de gestión y administración 1

11. Establecer protocolos de atención para patologías, con el fin de estandarizar la atención 1

12. Formalizar la canalización de los proyectos de innovación 5

13. Contar con adecuado equipamiento e infraestructura (higiene, seguridad y ergonomía) 5

14. Desarrollar ambiente de estabilidad laboral y cordialidad para funcionarios 4

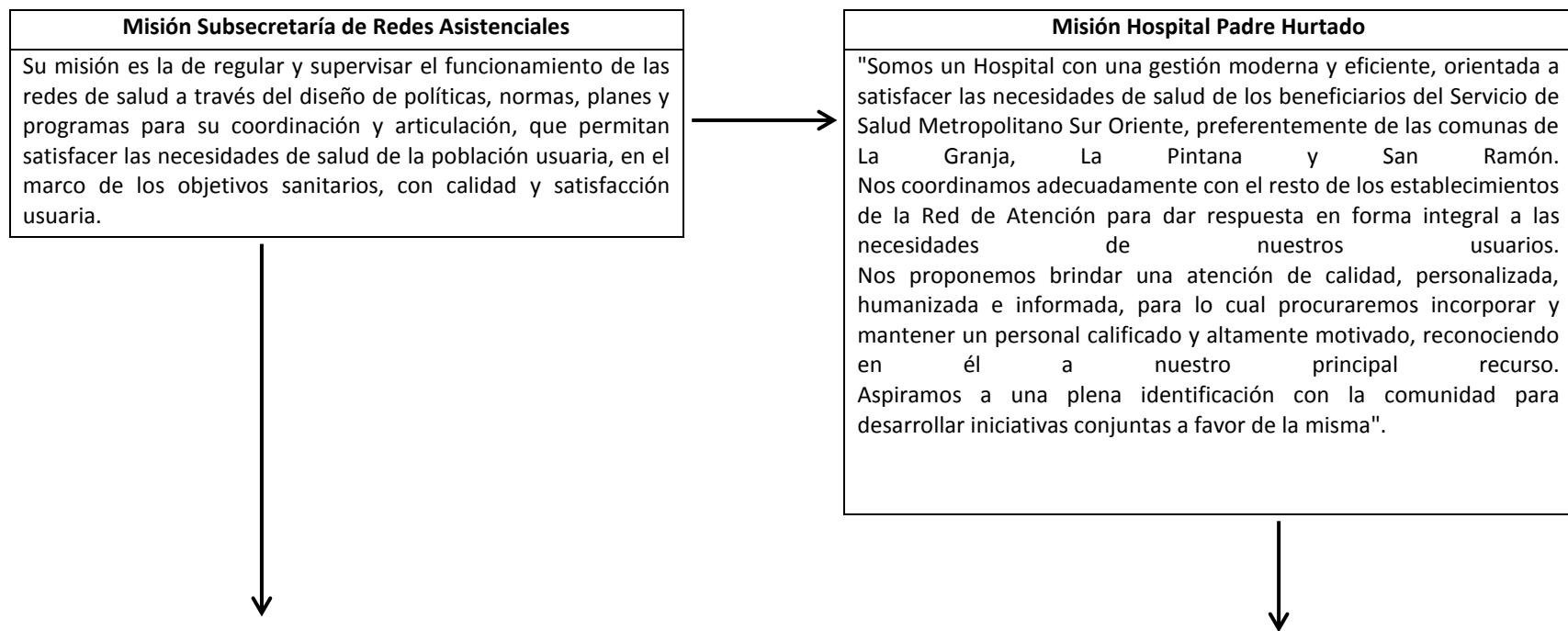
15. Implementar mecanismos formales, efectivos y oportunos de comunicación e información 5

16. Generar y gestionar Recursos económicos para el financiamiento de las actividades 5

17. Potenciar y perfeccionar uso de tecnología de comunicación e información	5
18. Promover la participación tanto de usuarios internos y externos	6

1.8 Anexo N°8: Matriz Evaluación Comprehensiva del Gasto. HPH.

Hospital Padre Hurtado Año 2011 – 2014



Objetivos Estratégicos Subsecretaría de Redes Asistenciales	Nº Prioridad Gubernamental con la cual se vincula
1. Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativa para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas en Salud y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.	2, 3, 4, 5
2. Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.	3, 4, 5, 6
3. Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutividad y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.	1, 2, 5

Objetivos Estratégicos Hospital Padre Hurtado	Nº Objetivo Estratégico con el cual se vincula *
1. Considerar el modelo estructural con mirada empresarial del hospital	1, 2, 3, 5
2. Incorporar el concepto moderno que las empresas deben incluir necesariamente cuestiones éticas.	1, 2, 3, 4, 5
3. Analizar la demanda de atención de Salud por áreas prioritarias y atingentes a la comunidad que atendemos	1, 2, 3

<p>4. Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.</p>	2, 3	<p>4. Detectar las oportunidades para incrementar la satisfacción, no solo de las demandas propias de salud, sino también aquellas originadas en las determinantes Sociales de la Salud</p>	1, 2, 3, 4
<p>5. Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento de uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sostenibilidad financiera del sistema.</p>	2	<p>5. Establecer las convergencias, divergencias y eventuales cambios en el Sistema de Salud, específicamente lo referido a complementariedades Público – Privado.</p>	1, 2, 3
<p>6. Potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional para acelerar la gestión derivada de las políticas ministeriales en los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de la Red Asistencial como de la Autoridad Sanitaria, focalizada en la recuperación de la infraestructura clínica deteriorada y derrumbada, para generar las condiciones que permitan recuperar el nivel de funcionamiento de la red asistencial, mediante la búsqueda de acuerdos que resguarden plazos oportunos para tramitación de decretos y toma de razón.</p>	3	<p>6. Fortalecer el Trabajo en Red desde y hacia la Atención Primaria y desde y hacia el Servicio de Salud y la Subsecretaría de Redes.</p>	1, 2, 3, 4
<p>7. Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado pre-hospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia y atención médica directa, para mejorar la oportunidad de atención de los pacientes.</p>		<p>7. Reconocer los convenios docentes como un instrumento de crecimiento para las personas e instituciones orientadas al desarrollo de la atención médica.</p>	4, 5

8. Promover la Investigación tanto en el ámbito clínico como Epidemiológica y de Salud Pública	1, 2, 3
9. Formular y Evaluar opciones estratégicas en cuanto al desarrollo sustentable de los planes y programas.	1, 2, 3
10. Promover un debate sectorial y extrasectorial sobre las propuestas que se originan	1, 2, 3

* definidos por GSC



Nº	Producto estratégico	Ciientes / Usuarios / Beneficiarios	Indicadores	Dimensión	Ámbito
1	Atención ambulatoria	Pacientes derivados de la APS	% de incremento de consultas médicas nuevas de especialidades realizadas	Eficacia	Proceso
			<i>% de reducción en la tasa de reclamos de pacientes en atención abierta programada</i>	Calidad	Resultado
			<i>% de reducción en la tasa de inasistencia a consulta médica ambulatoria</i>	Eficiencia	Proceso
2	Atención de Urgencia	Población usuaria	% de casos en que se cumple el tiempo máximo de estada en la emergencia de adultos e infantil	Eficiencia	Proceso
3	Hospitalización	Pacientes derivados de APS, otros establecimientos y de los Servicios de Urgencia	% de incremento de egresos hospitalarios	Eficacia	Resultado
			<i>Variación del costo promedio del dia cama en Unidades seleccionadas (definir trazadores)</i>	Eficiencia	Producto
4	Exámenes y otras atenciones	Pacientes derivados de Consulta de Especialidades, Servicios de Urgencia y Hospitalización	Coeficiente de exámenes por atención realizada	Eficiencia	Proceso
			<i>Reducción del costo promedio de la cirugía ambulatoria (seleccionar trazadoras)</i>	Eficiencia	Producto
5	Fortalecimiento del vínculo con la comunidad		<i>Tasa de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Consejo Consultivo del CRSM</i>	Calidad	Resultado

6	Actividad docente de formación de especialistas a través de un modelo integrado con la APS		<i>Incremento en horas médicas de becados universidad en convenio que realizan labor asistencial en consultorios de APS de las comunas correspondientes al HPH</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Proceso</i>
---	---	--	--	-----------------	----------------

Anexos Capítulo 5: Encuesta Usuario Interno

2 Anexos: Análisis Encuestas Usuarios Internos Establecimientos Experimentales

2.1 Metodología

En el área de las encuestas, GSC propuso la aplicación de la “Encuesta online”, la que puede ser definida como todo tipo de encuesta auto-administrada en la que el encuestado envía la información por internet a través de un dispositivo electrónico preparado para tal efecto. Para la presente evaluación se realizaron las encuestas utilizando un formulario HTML en servidor; es decir, una “copia” de la encuesta en papel traducida a código HTML en una única pantalla de navegador, que permite enviar automáticamente las respuestas al servidor una vez llenado el cuestionario y pulsado el botón “enviar”.

Este modelo tiene a lo menos tres grandes ventajas: se puede cubrir un universo prácticamente ilimitado de personas; se evitan errores de digitación y finalmente, se flexibilizan los tiempos para la realización de la encuesta, ya que la persona define el momento de responder, dentro del plazo conocido en que estará disponible en internet.

Para el caso de los usuarios internos, la persona tuvo frente a sí una página web de GSC²⁴¹ exclusivamente dedicada a este tema, que en primer lugar explicó el objetivo del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos, ya que no hubo seguimiento ni identificación de la persona que responde.

Posibles limitaciones del estudio

Principalmente se relacionan con las limitantes propias e insoslayables de la aplicación de instrumentos de medición de carácter cuantitativo, que toman sólo una muestra de la población. Esta tiene la desventaja de que no permite profundizar el conocimiento, ni conocer información en mayor profundidad, pues informa lo que la gente dice pero no lo que piensa o hace, pueden expresar una opinión o actitud sin aún tenerla.

2.1.1 Variables y Dimensiones encuesta usuarios internos

Las preguntas se dividen en 3 grupos en base a la modalidad de contratación (Indefinido-definido-honorario):

- Preguntas para todos: PT

²⁴¹ El link de la encuesta fue diseñado con un código alfanumérico, creado aleatoriamente, de tal forma que no pueda ser accesible por cualquier persona sin tener el link exacto. Se asignó un link único a cada encuesta al cual se podrá accesar desde el computador que defina cada establecimiento para ese fin. Se ideó un sistema de verificación mediante el número IP del computador desde donde se responda la encuesta, entre otros datos identificadores, para asegurar que ellas provengan de los computadores disponibles en los EE.

- Preguntas sólo para contratados (definido e indefinido): PC
- Preguntas sólo para Honorarios: PH

Variables y Dimensiones Encuesta Usuario Interno 2007 / 2011

Dimensiones	Preguntas Encuesta 2011 / (Tipo respuesta)	Grupo Pregunta	Año Aplic.
Estructura de sueldos			
La satisfacción del funcionario/a respecto a la relación entre las responsabilidades que debe cumplir y la remuneración que percibe por ello.	Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Percepción respecto de la posibilidad de ascender en la carrera funcional (en el caso de los funcionarios a contrata) y así percibir una mayor remuneración conforme al ascenso.	Creo que en el “Establecimiento X” tengo posibilidades de ascender en la carrera funcional. (Escala Likert) Creo que en el “Establecimiento X” tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata. (Escala Likert)	PC PH	2007 / 2011 2007* / 2011
Comparación a nivel personal (percepción) de estos mismos aspectos en función de su conocimiento y/o experiencia en establecimientos de salud bajo la modalidad tradicional de gestión v/s el nuevo modelo de gestión.	Pienso que en el “Establecimiento X” los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Estabilidad laboral:			
Percepción del funcionario en relación a su estabilidad laboral, independiente de la modalidad de contrato que éste tenga.	Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Percepción de los funcionarios modalidad honorarios acerca de diferencias en la estabilidad laboral en comparación a los funcionarios contratados.	Pienso que en el “Establecimiento X” quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados. (Escala Likert)	PH	2007* / 2011
Acceso a capacitaciones:			
Posibilidad de acceder a cursos de perfeccionamiento y/o capacitación dentro de la Institución.	En el “Establecimiento X” hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios. (Escala Likert)	PC	2007 / 2011
La existencia de igualdad de oportunidades en el acceso a estos cursos o perfeccionamientos entre los diferentes estamentos y también entre funcionarios con distinta modalidad de contrato.	En el “Establecimiento X” todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
La posibilidad de que mediante el acceso a estas capacitaciones, el o la funcionaria tenga mayores responsabilidades a su cargo y conforme a ello, pueda ascender en la carrera funcional concursando para aumentar de grado, o en el caso de los funcionarios en modalidad de honorarios, si ven como una	Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración. (Escala Likert) Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de	PC PH	2007 / 2011 2007* / 2011

posibilidad efectiva el poder optar a un cargo conforme asumen mayores responsabilidades.	obtener un cargo de contrata. (Escala Likert)		
Instancias de participación			
Existencia de espacios formales y concretos de participación al interior de la Institución, donde los funcionarios tengan la posibilidad de dar su opinión y ser escuchados.	¿Existen dentro del “Establecimiento X” instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?. (SI/NO/ No sabe)	PT	2011
Uso de estos espacios de participación por parte de los trabajadores.	En los últimos 6 meses ¿ha asistido-usado alguna de las instancias de participación que existen en el “Establecimiento X”??. (Si/NO)	PT	2007 / 2011
Percepción de los funcionarios respecto de la capacidad de resolución de estas instancias participativas y la credibilidad que tienen los trabajadores en la concreción de los acuerdos adoptados en ellas.	Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Sentido de pertenencia:			
En qué grado el trabajador se siente parte de la Institución en que se desenvuelve cotidianamente, de manera integral, y también el grado en que se siente valorado.	Me siento valorado por el “Establecimiento X”. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Evaluar posibles diferencias entre los funcionarios, según grupo y tipo de contrato respecto de su sentimiento de pertenencia a la Institución, referido a la valoración que sienten tener por parte de ella.	Siento que el personal a honorario no es igualmente valorado, que el personal contratado en “Establecimiento X”.	PT	2007* / 2011
Implica la valoración que tiene el trabajador respecto de la Institución de la que forma parte.	Siento orgullo de pertenecer y trabajar en “Establecimiento X”. (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Infraestructura y atención a los usuarios			
Facilidades o dificultades que otorgan las instalaciones e insumos para un mejor desempeño laboral y atención a los usuarios	¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el “Establecimiento X” le facilitan su trabajo? (Escala Likert)	PT	2007 / 2011
Percepción general de la atención que se brinda a los usuarios (pacientes) por parte del personal de la Institución.	En general, en el “Establecimiento X” se atiende bien a los pacientes. (Escala Likert).	PT	2007 / 2011
Percepción general sobre el impacto del modelo de gestión del establecimiento sobre la atención entregada a los pacientes / usuarios	Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes/usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento. (Escala Likert).	PT	2011
Percepción general sobre la necesidad de aumentar los recursos materiales para mejorar la atención entregada al paciente / usuario	Mejorar la atención entregada a los pacientes/usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento. (Escala Likert).	PT	2011

Percepción general sobre la necesidad de aumentar los recursos humanos para mejorar la atención entregada al paciente / usuario	Mejorar la atención entregada a los pacientes/usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento. (Escala Likert).	PT	2011
Percepción sobre el impacto que tienen los procesos y la organización del establecimiento para la atención entregada a los pacientes / usuarios	Para mejorar la atención entregada a los pacientes/usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento. (Escala Likert).	PT	2011
Servicio de Bienestar:			
Mide la satisfacción con el acceso a becas y beneficios entregados por el Servicio de Bienestar, tanto para ellos como para sus familiares, por convenios u otro, y su grado de conformidad con éstos.	Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar. (Escala Likert) En el “Establishimiento X” no hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario. (Escala Likert)	PC PT	2007 / 2011 2007* / 2011
Sistema de Evaluación por desempeño:			
En general, busca conocer la aprobación o desaprobación de los funcionarios respecto de ser evaluados periódicamente por su desempeño laboral (a contrato y a honorarios).	¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el “Establishimiento X”? (Si/No)	PT	2007 / 2011
Evaluar el grado de manejo y conocimiento que los funcionarios tienen en relación a los criterios utilizados por el establecimiento de salud para evaluar su desempeño.	Tengo claridad acerca de los criterios con que mis jefaturas evalúan mi desempeño (SI/NO)	PT	2011
Los funcionarios reciben en forma regular, retroalimentación por parte de sus jefaturas, respecto de la forma en que se están desempeñando; esto más allá del proceso formal de calificación anual al que son sometidos.	Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones y se evalúa regularmente con su jefatura la forma cómo se desempeña en su trabajo? (SI/NO/ de vez en cuando)	PT	2011
Pretende medir el grado de acuerdo o aprobación de los funcionarios contratados, respecto de la efectividad de este sistema de evaluación, en función de que mide realmente su desempeño.	Considero que el sistema de evaluación mide realmente mi desempeño y califica mi trabajo. (Escala Likert)	PC	2007 / 2011
Indagar respecto de la relación existente entre el sistema de evaluación al que están sujetos los trabajadores contratados y la motivación para desempeñar cada vez mejor sus funciones.	El sistema de evaluación me motiva para seguir perfeccionándome y haciendo cada vez mejor mi trabajo. (Escala Likert)	PC	2007 / 2011
Autoevaluación de Desempeño y Percepción de capacidades			
Puntualidad- Ausentismo- Cumplimiento de tareas- Trabajo en equipo- Disposición para asumir nuevas responsabilidades.	Califique con una nota del 1 a 7, siendo 1= Muy Malo y 7=excelente, su desempeño en los siguientes aspectos. (evaluación 1 a 7)	PT	2007 / 2011
Percepción de parte del funcionario de tener todas las características personales como para desempeñar su labor de forma adecuada.	Siento que tengo las capacidades adecuadas para realizar de buena forma mi trabajo. (Escala Likert)	PT	2011

Percepción respecto de contar con las competencias técnicas/profesionales como para llevar a cabo la labor asignada en el establecimiento.	Considero que cuento con todos los conocimientos profesionales para realizar de buena forma mi trabajo. (Escala Likert)	PT	2011
--	---	----	------

* No aplica para el HPH

2.1.2 *Diseño Muestral*

La metodología aplicada asegura la representatividad, validez y confiabilidad en los resultados, por lo cual se escogió una muestra de tipo probabilística, en la cual todas las personas tienen la misma probabilidad de ser escogidas. Dado que la población en estudio de cada EE puede ser dividida en diferentes grupos, se ha escogido el muestreo probabilístico por estratos, con lo cual aumentará la precisión de la muestra. Este tipo de muestreo implicó el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato (estamento).

Utilizando la clasificación elaborada para seleccionar las entrevistas en profundidad realizadas en el marco del presente estudio, se dividió a los usuarios internos en tres grupos:

16. Grupo A: Directivos

17. Grupo B: Profesionales médicos y no médicos de jefaturas intermedias

18. Grupo C: Administrativos, técnicos y auxiliares

A continuación se da cuenta del número de encuestas necesarias por establecimiento y grupo, considerando un error muestral cercano al 5% para cada estrato:

**Cuadro N° 2.1
Muestreo CRSM**

CRS Maipú			
Estamento	N Real listado	Muestra	N encuestado
A	4	4	4
B	196	80	87
C	368	148	144
otros			5
n=	568	232	240

**Cuadro N° 2.2
Muestreo CRSCO**

CRS Cordillera			
Estamento	N Real listado	Muestra	N encuestado
A	6	6	6
B	129	75	82
C	146	85	85
otros			4
n=	282	167	177

**Cuadro N° 2.3
Muestreo HPH**

Hospital Padre Hurtado			
Estamento	N Real listado	Muestra	N encuestado
A	15	15	15
B	66	21	31

C	809	217	221
otros			6
n=	891	254	273

Luego de establecida la muestra, se solicitó, a través de la persona designada como coordinador del proyecto en cada establecimiento, la entrega actualizada de la nómina total de funcionarios separada en base a los 3 estamentos. Una vez recibida las nóminas se revisaron los N relacionados a cada segmento, estableciéndose la muestra total y para cada estrato. En base a la muestra de cada establecimiento, se realizó una lista aleatoria de funcionarios para cada uno de los segmentos²⁴², enviándose el listado a cada uno de los establecimientos. Con esto se facilitó el control sobre quiénes contestaban (verificar que fueran del establecimiento), ya que cada persona debía firmar el listado luego de contestar la encuesta²⁴³.

3 Análisis por establecimiento:

A continuación se presentan las tablas en detalle, para cada establecimiento, según fueran presentadas en el documento. Estas son auto-explicativas y tienen como finalidad complementar el análisis realizado anteriormente. Todas presentan el % según columna.

4 CRS Maipú

4.1 Descripción de la muestra

Cuadro N° 4.1

Estamentos según grupo de pertenencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Est. A	4	1,7%
Est. B	89	37,1%
Est. C	142	59,2%
Otros	5	2,1%
Total	240	100,0%

²⁴² Al cual se le agregó un 10% a fin de facilitar el proceso y adelantarse a contratiempos relacionados con vacaciones, días de permiso u otros eventos.

²⁴³ Se mantuvo en todo momento la confidencialidad de los datos, sin tener manera de cruzar aquel que firmó con la base de datos.

4.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Cuadro N° 4.2

	"Me siento valorado por el CRSMS"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
No Contesta			1,2%			1,4%		0,8%	
Acuerdo	72,4%	61,5%	48,5%	100,0%	61,8%	49,3%	60,0%	55,0%	
Indeciso	6,9%	7,7%	17,2%		10,1%	17,6%		14,2%	
Desacuerdo	20,7%	30,8%	33,1%		28,1%	31,7%	40,0%	30,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 4.3

	"Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRSMS"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
No Contesta	1,7%		2,4%	25,0%	1,1%	2,1%		2,1%	
Acuerdo	84,5%	84,6%	71,6%	75,0%	70,8%	79,6%	40,0%	75,4%	
Indeciso	10,3%		18,9%		21,3%	11,3%	60,0%	15,8%	
Desacuerdo	3,4%	15,4%	7,1%		6,7%	7,0%		6,7%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 4.4

	"Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar"						Total	
	Según Contrato		Según Estamento					
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
Acuerdo	33,3%	45,5%	50,0%	25,8%	44,8%		35,4%	
Indeciso	33,3%	18,2%	50,0%	38,7%	20,7%		30,8%	
Desacuerdo	33,3%	36,4%		35,5%	34,5%	100,0%	33,8%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcional y posibilidades de ascenso

Cuadro N° 4.5

"Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	51,7%	38,5%	30,8%	100,0%	38,2%	33,8%	20,0%	36,3%
Indeciso	13,8%	7,7%	10,7%		19,1%	7,0%		11,3%
Desacuerdo	34,5%	53,8%	58,6%		42,7%	59,2%	80,0%	52,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.6

"Pienso que en el CRSM los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
No Contesta	1,7%		1,2%		1,1%	1,4%		1,3%
Acuerdo	53,4%	53,8%	29,6%	100,0%	31,5%	38,7%	20,0%	36,7%
Indeciso	20,7%		34,3%		33,7%	27,5%	20,0%	29,2%
Desacuerdo	24,1%	46,2%	34,9%		33,7%	32,4%	60,0%	32,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.7

"Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
No Contesta	3,4%		0,6%		2,2%	0,7%		1,3%
Acuerdo	60,3%	53,8%	36,1%	75,0%	50,6%	37,3%	40,0%	42,9%
Indeciso	10,3%	7,7%	10,7%	25,0%	12,4%	8,5%	20,0%	10,4%
Desacuerdo	25,9%	38,5%	52,7%		34,8%	53,5%	40,0%	45,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.8

	"En el CRSM no hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario"						
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%		0,6%			1,4%	0,8%
Acuerdo	58,6%	46,2%	64,5%	50,0%	57,3%	64,1%	100,0%
Indeciso	19,0%	15,4%	10,7%		15,7%	12,0%	12,9%
Desacuerdo	20,7%	38,5%	24,3%	50,0%	27,0%	22,5%	24,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.9

	"Siento que el personal a honorario no es igualmente valorado que el personal contratado en CRSM"						
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			1,2%		1,1%	0,7%	0,8%
Acuerdo	51,7%	53,8%	62,1%		44,9%	68,3%	100,0%
Indeciso	8,6%	7,7%	8,3%	25,0%	7,9%	8,5%	8,3%
Desacuerdo	39,7%	38,5%	28,4%	75,0%	46,1%	22,5%	31,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.10

	"Creo que en el CRSM tengo posibilidades de ascender en la carrera funcionalia"					
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	42,6%	54,5%	50,0%	45,2%	44,8%	44,6%
Indeciso	25,9%		25,0%	19,4%	24,1%	21,5%
Desacuerdo	31,5%	45,5%	25,0%	35,5%	31,0%	33,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.11

"Creo que si me capacito y asumo más responsibilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
Acuerdo	61,1%	54,5%	75,0%	61,3%	58,6%		60,0%
Indeciso	20,4%		25,0%	16,1%	17,2%		16,9%
Desacuerdo	18,5%	45,5%		22,6%	24,1%	100,0%	23,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.12

"Creo que en el CRSN tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata"					
	¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia			Total
		Honorario	Est. B	Est. C	
Acuerdo	19,1%	25,9%	16,0%		19,1%
Indeciso	22,9%	35,2%	17,0%		22,9%
Desacuerdo	58,0%	38,9%	67,0%	100,0%	58,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.13

"Pienso que en CRSN quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados"					
	¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia			Total
		Honorario	Est. B	Est. C	
Acuerdo	64,3%	46,3%	74,0%	66,7%	64,3%
Indeciso	9,6%	13,0%	8,0%		9,6%
Desacuerdo	26,1%	40,7%	18,0%	33,3%	26,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.14

"Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de obtener un cargo a contrata"					
¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Honorario	Est. B	Est. C		
Acuerdo	43,2%	44,4%	41,8%	66,7%	43,2%
Indeciso	16,8%	22,2%	13,3%	33,3%	16,8%
Desacuerdo	40,0%	33,3%	44,9%		40,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

Cuadro N° 4.15

"En el CRSM todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga"					
	Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Est. A	Est. B	Est. C		
No Contesta			1,4%		0,8%
Acuerdo	50,0%	38,2%	28,9%	40,0%	32,9%
Indeciso		13,5%	7,0%		9,2%
Desacuerdo	50,0%	48,3%	62,7%	60,0%	57,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.16

"En el CRSM hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios."					
	Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	50,0%	51,6%	71,4%		59,4%
Indeciso		6,5%	7,1%		6,3%
Desacuerdo	50,0%	41,9%	21,4%	100,0%	34,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.5 Existencia y uso de instancias de participación

Cuadro N° 4.17

"¿Existen dentro del CRSM instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No contesta			1,8%		1,1%	1,4%	1,3%
No Sabe	12,1%		21,3%		16,9%	19,7%	17,9%
No	24,1%	30,8%	43,8%		31,5%	42,3%	80,0%
Si	63,8%	69,2%	33,1%	100,0%	50,6%	36,6%	20,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.18

"En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRSM?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No contesta			1,2%		1,1%	0,7%	0,8%
No Sabe	5,2%		8,9%		13,5%	4,2%	7,5%
No	31,0%	38,5%	67,5%		40,4%	68,3%	80,0%
Si	63,8%	61,5%	22,5%	100,0%	44,9%	26,8%	20,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.19

"Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	3,4%		1,8%	25,0%	2,2%	1,4%	2,1%
Acuerdo	56,9%	53,8%	39,1%	75,0%	43,8%	44,4%	20,0%
Indeciso	12,1%	15,4%	19,5%		18,0%	17,6%	20,0%
Desacuerdo	27,6%	30,8%	39,6%		36,0%	36,6%	60,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Cuadro N° 4.20

"¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el CRSM?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No contesta	1,7%		1,8%		2,2%	1,4%	1,7%
No Sabe			1,2%		1,1%	0,7%	0,8%
No	6,9%	7,7%	3,6%		1,1%	6,3%	20,0%
Si	91,4%	92,3%	93,5%	100,0%	95,5%	91,5%	80,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.21

"¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%		1,2%		3,4%		1,3%
No	32,8%	30,8%	48,5%		33,7%	50,7%	60,0%
Si	65,5%	69,2%	50,3%	100,0%	62,9%	49,3%	40,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.22

"Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%		1,2%		3,4%		1,3%
De vez en cuando	31,0%	15,4%	33,7%	25,0%	27,0%	35,9%	20,0%
No	19,0%	30,8%	32,0%		18,0%	36,6%	20,0%
Si	48,3%	53,8%	33,1%	75,0%	51,7%	27,5%	60,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.23

"Considero que el sistema de evaluación mide realmente mi desempeño y califica mi trabajo"						
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
Acuerdo	57,4%	45,5%	75,0%	54,8%	55,2%	55,4%
Indeciso	5,6%	9,1%		6,5%	6,9%	6,2%
Desacuerdo	37,0%	45,5%	25,0%	38,7%	37,9%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.24

"El sistema de evaluación me motiva para seguir perfeccionándome y haciendo cada vez mejor mi trabajo"						
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
Acuerdo	61,1%	54,5%	75,0%	54,8%	65,5%	60,0%
Indeciso	9,3%	9,1%		12,9%	6,9%	9,2%
Desacuerdo	29,6%	36,4%	25,0%	32,3%	27,6%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.25

"Siento que tengo las capacidades adecuadas para realizar de buena forma mi trabajo"							
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
Acuerdo	98,3%	92,3%	96,4%	100,0%	98,9%	95,1%	100,0%
Indeciso			0,6%			0,7%	0,4%
Desacuerdo	1,7%	7,7%	3,0%		1,1%	4,2%	2,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.26

"Considero queuento con todos los conocimientos profesionales para realizar mi trabajo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			0,6%		1,1%		0,4%
Acuerdo	98,3%	84,6%	91,7%	100,0%	95,5%	91,5%	80,0%
Indeciso			2,4%		2,2%	1,4%	1,7%
Desacuerdo	1,7%	15,4%	5,3%		1,1%	7,0%	20,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.27

"Puntualidad"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%				1,1%		0,4%
Notas Altas	87,9%	100,0%	85,2%	100,0%	87,6%	85,9%	80,0%
Nota Media	6,9%		11,8%		9,0%	10,6%	20,0%
Notas Bajas	3,4%		3,0%		2,2%	3,5%	2,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.28

"Ausentismo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	5,2%		0,6%		1,1%	2,1%	1,7%
Notas Altas	89,7%	100,0%	93,5%	100,0%	95,5%	90,8%	100,0%
Notas Bajas	5,2%		5,9%		3,4%	7,0%	5,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.29

"Cumplimiento de tareas"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%				1,1%		0,4%
Notas Altas	96,6%	100,0%	96,4%	100,0%	97,8%	95,8%	100,0%
Nota Media			3,6%		1,1%	3,5%	2,5%
Notas Bajas	1,7%					0,7%	0,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.30

"Trabajo en equipo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%				1,1%		0,4%
Notas Altas	93,1%	100,0%	91,7%	100,0%	94,4%	90,8%	100,0%
Nota Media	3,4%		5,9%		2,2%	7,0%	5,0%
Notas Bajas	1,7%		2,4%		2,2%	2,1%	2,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.31

"Disposición para asumir nuevas responsabilidades"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%				1,1%		0,4%
Notas Altas	98,3%	92,3%	96,4%	100,0%	95,5%	97,2%	100,0%
Nota Media		7,7%	3,0%		3,4%	2,1%	2,5%
Notas Bajas			0,6%			0,7%	0,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Cuadro N° 4.32

"En general, en el CRSM se atiende bien a los pacientes"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			1,2%		1,1%	0,7%	0,8%
Acuerdo	87,9%	61,5%	84,0%	100,0%	84,3%	83,1%	83,8%
Indeciso	1,7%	15,4%	7,1%		5,6%	6,3%	6,3%
Desacuerdo	10,3%	23,1%	7,7%		9,0%	9,9%	9,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.33

"Para mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			1,2%		1,1%	0,7%	0,8%
Acuerdo	84,5%	76,9%	74,0%	75,0%	74,2%	78,2%	80,0%
Indeciso	5,2%		15,4%		11,2%	12,7%	20,0%
Desacuerdo	10,3%	23,1%	9,5%	25,0%	13,5%	8,5%	10,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.34

"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%		1,2%		1,1%	1,4%	1,3%
Acuerdo	36,2%	53,8%	51,5%		32,6%	58,5%	60,0%
Indeciso	10,3%	15,4%	18,3%		20,2%	14,8%	16,3%
Desacuerdo	51,7%	30,8%	29,0%	100,0%	46,1%	25,4%	40,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.35

"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	5,2%		1,8%	25,0%	3,4%	1,4%	2,5%
Acuerdo	32,8%	38,5%	46,2%		32,6%	49,3%	60,0%
Indeciso	13,8%	7,7%	16,0%		18,0%	12,7%	40,0%
Desacuerdo	48,3%	53,8%	36,1%	75,0%	46,1%	36,6%	40,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.36

"Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,7%		3,6%		1,1%	4,2%	2,9%
Acuerdo	55,2%	53,8%	52,7%	75,0%	48,3%	56,3%	40,0%
Indeciso	13,8%	7,7%	17,8%		23,6%	12,0%	20,0%
Desacuerdo	29,3%	38,5%	26,0%	25,0%	27,0%	27,5%	40,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.8 Satisfacción con la Infraestructura

Cuadro N° 4.37

"¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRSMS le facilitan su trabajo?"					
	Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Est. A	Est. B	Est. C		
No Contesta		1,1%	1,4%		1,3%
Nada		2,2%	2,8%		2,5%
Poco		30,3%	33,8%	60,0%	32,5%
Me es indiferente		6,7%	4,2%		5,0%
Bastante	100,0%	42,7%	45,8%	20,0%	45,0%
Mucho		16,9%	12,0%	20,0%	13,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5 CRS Cordillera Oriente

5.1 Descripción de la muestra

Cuadro N° 5.1

Estamentos según grupo de pertenencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Est. A	6	3,4%
Est. B	84	47,5%
Est. C	85	48,0%
Otros	2	1,1%
Total	177	100,0%

5.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Cuadro N° 5.2

	"Me siento valorado por el CRSCO"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
No Contesta	1,3%		2,5%			3,5%		1,7%
Acuerdo	46,3%	52,9%	42,5%	83,3%	46,4%	42,4%		45,2%
Indeciso	20,0%	17,6%	26,3%	16,7%	22,6%	22,4%	50,0%	22,6%
Desacuerdo	32,5%	29,4%	28,8%		31,0%	31,8%	50,0%	30,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.3

	"Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRSCO"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
Acuerdo	65,0%	76,5%	70,0%	100,0%	65,5%	70,6%		68,4%
Indeciso	30,0%	17,6%	26,3%		29,8%	25,9%	50,0%	27,1%
Desacuerdo	5,0%	5,9%	3,8%		4,8%	3,5%	50,0%	4,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.4

"Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	58,2%	73,3%	83,3%	45,3%	79,4%	100,0%	60,6%
Indeciso	25,3%	13,3%	16,7%	35,8%	5,9%		23,4%
Desacuerdo	16,5%	13,3%		18,9%	14,7%		16,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcionalaria y posibilidades de ascenso

Cuadro N° 5.5

"Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	16,3%	23,5%	22,5%	66,7%	22,6%	14,1%		19,8%
Indeciso	10,0%	5,9%	11,3%		9,5%	11,8%		10,2%
Desacuerdo	73,8%	70,6%	66,3%	33,3%	67,9%	74,1%	100,0%	70,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.6

"Pienso que en el CRSCO los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	7,5%	17,6%	15,0%	50,0%	7,1%	12,9%	50,0%	11,9%
Indeciso	15,0%	5,9%	22,5%	16,7%	15,5%	20,0%		17,5%
Desacuerdo	77,5%	76,5%	62,5%	33,3%	77,4%	67,1%	50,0%	70,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.7

"Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	35,0%	47,1%	35,0%	66,7%	38,1%	32,9%	36,2%
Indeciso	16,3%	17,6%	16,3%		17,9%	15,3%	50,0%
Desacuerdo	48,8%	35,3%	48,8%	33,3%	44,0%	51,8%	50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.8

"En el CRSCO no hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			1,3%			1,2%	0,6%
Acuerdo	57,5%	64,7%	62,5%	50,0%	65,5%	57,6%	60,5%
Indeciso	20,0%		15,0%	33,3%	15,5%	15,3%	15,8%
Desacuerdo	22,5%	35,3%	21,3%	16,7%	19,0%	25,9%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.9

"Siento que el personal a honorario no es igualmente valorado que el personal contratado en CRSCO"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			1,3%			1,2%	0,6%
Acuerdo	53,8%	64,7%	60,0%	16,7%	64,3%	55,3%	57,6%
Indeciso	18,8%	17,6%	16,3%	16,7%	16,7%	18,8%	17,5%
Desacuerdo	27,5%	17,6%	22,5%	66,7%	19,0%	24,7%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.10

		"Creo que en el CRSCO tengo posibilidades de ascender en la carrera funcionaria"					Total	
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia						
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
Acuerdo	6,3%		33,3%	1,9%	5,9%		5,3%	
Indeciso	5,1%	25,0%	16,7%	7,4%	8,8%		8,4%	
Desacuerdo	88,6%	75,0%	50,0%	90,7%	85,3%	100,0%	86,3%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 5.11

		"Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcionaria y mejorar mi remuneración"					Total	
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia						
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
Acuerdo	26,6%	43,8%	66,7%	25,9%	29,4%		29,5%	
Indeciso	6,3%	25,0%	16,7%	5,6%	14,7%		9,5%	
Desacuerdo	67,1%	31,3%	16,7%	68,5%	55,9%	100,0%	61,1%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 5.12

		"Creo que en el CRSCO tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata"			Total	
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				
	Honorario	Est. B	Est. C			
Acuerdo		31,6%	13,8%	42,0%	31,6%	
Indeciso		17,7%	24,1%	14,0%	17,7%	
Desacuerdo		50,6%	62,1%	44,0%	50,6%	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 5.13

"Pienso que en CRSCO quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados"				
	¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia		Total
		Honorario	Est. B	
Acuerdo	83,5%	82,8%	84,0%	83,5%
Indeciso	6,3%	10,3%	4,0%	6,3%
Desacuerdo	10,1%	6,9%	12,0%	10,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.14

"Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de obtener un cargo a contrata"				
	¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia		Total
		Honorario	Est. B	
Acuerdo	40,5%	24,1%	50,0%	40,5%
Indeciso	22,8%	24,1%	22,0%	22,8%
Desacuerdo	36,7%	51,7%	28,0%	36,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

Cuadro N° 5.15

"En el CRSCO todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga"					Total	
	Estamentos según grupo de pertenencia					
	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
No Contesta		1,2%			0,6%	
Acuerdo	100,0%	45,2%	35,3%	50,0%	42,4%	
Indeciso		14,3%	15,3%		14,1%	

Desacuerdo		39,3%	49,4%	50,0%	42,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.16

"En el CRSCO hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios."					
	Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
Acuerdo	66,7%	37,0%	17,6%	100,0%	32,6%
Indeciso	16,7%	16,7%	8,8%		13,7%
Desacuerdo	16,7%	46,3%	73,5%		53,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.5 Existencia y uso de instancias de participación

Cuadro N° 5.17

"¿Existen dentro del CRSCO instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
No Sabe	11,3%	5,9%	20,0%		13,1%	17,6%		14,7%
No	18,8%	17,6%	20,0%		27,4%	12,9%		19,2%
Si	70,0%	76,5%	60,0%	100,0%	59,5%	69,4%	100,0%	66,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.18

"En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRSCO?"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros	
No contesta	1,3%				1,2%			0,6%
No Sabe	3,8%	5,9%	5,0%		6,0%	3,5%		4,5%
No	35,0%	11,8%	41,3%		40,5%	32,9%	50,0%	35,6%
Si	60,0%	82,4%	53,8%	100,0%	52,4%	63,5%	50,0%	59,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.19

"Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	36,3%	47,1%	42,5%	83,3%	28,6%	48,2%	50,0%	40,1%
Indeciso	23,8%	29,4%	23,8%		33,3%	17,6%		24,3%
Desacuerdo	40,0%	23,5%	33,8%	16,7%	38,1%	34,1%	50,0%	35,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Cuadro N° 5.20

"¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el CRSCO?"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
No contesta	2,5%		1,3%		1,2%	2,4%		1,7%
No Sabe	1,3%	5,9%	2,5%		3,6%	1,2%		2,3%
No	8,8%		10,0%		2,4%	15,3%		8,5%
Si	87,5%	94,1%	86,3%	100,0%	92,9%	81,2%	100,0%	87,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.21

"¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?"								
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C		
No Contesta	1,3%				1,2%			0,6%
No	36,3%	29,4%	61,3%	16,7%	41,7%	54,1%	50,0%	46,9%
Si	62,5%	70,6%	38,8%	83,3%	57,1%	45,9%	50,0%	52,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.22

"Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	2,5%				2,4%		1,1%
De vez en cuando	38,8%	23,5%	22,5%	50,0%	26,2%	31,8%	50,0%
No	20,0%	23,5%	30,0%		25,0%	27,1%	
Si	38,8%	52,9%	47,5%	50,0%	46,4%	41,2%	50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.23

"Considero que el sistema de evaluación mide realmente mi desempeño y califica mi trabajo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	31,6%	43,8%	50,0%	27,8%	38,2%	100,0%	33,7%
Indeciso	21,5%	31,3%	33,3%	29,6%	11,8%		23,2%
Desacuerdo	46,8%	25,0%	16,7%	42,6%	50,0%		43,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.24

"El sistema de evaluación me motiva para seguir perfeccionándome y haciendo cada vez mejor mi trabajo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia			Total	
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C		
Acuerdo	34,2%	43,8%	33,3%	31,5%	44,1%	35,8%	
Indeciso	25,3%	18,8%	33,3%	27,8%	14,7%	100,0%	24,2%
Desacuerdo	40,5%	37,5%	33,3%	40,7%	41,2%		40,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.25

"Siento que tengo las capacidades adecuadas para realizar de buena forma mi trabajo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	93,8%	100,0%	96,3%	100,0%	96,4%	94,1%	100,0%
Indeciso	1,3%		1,3%		1,2%	1,2%	
Desacuerdo	5,0%		2,5%		2,4%	4,7%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.26

"Considero queuento con todos los conocimientos profesionales para realizar mi trabajo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	91,3%	100,0%	95,0%	100,0%	98,8%	89,4%	50,0%
Indeciso	2,5%		3,8%			5,9%	
Desacuerdo	6,3%		1,3%		1,2%	4,7%	50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.27

"Desempeño laboral: Puntualidad"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
Notas Altas	82,5%	94,1%	86,3%	100,0%	83,3%	87,1%	50,0%
Nota Media	12,5%	5,9%	13,8%		13,1%	11,8%	50,0%
Notas Bajas	5,0%				3,6%	1,2%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.28

"Desempeño laboral: Ausentismo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	2,5%		1,3%		2,4%	1,2%	1,7%
Notas Altas	95,0%	88,2%	77,5%	83,3%	89,3%	83,5%	100,0%
Nota Media	1,3%	5,9%	3,8%		1,2%	4,7%	2,8%
Notas Bajas	1,3%	5,9%	17,5%	16,7%	7,1%	10,6%	9,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.29

"Desempeño laboral: Cumplimiento de tareas"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
Notas Altas	98,8%	100,0%	98,8%	100,0%	100,0%	98,8%	50,0%
Nota Media	1,3%		1,3%			1,2%	50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.30

"Desempeño laboral: Trabajo en equipo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
Notas Altas	90,0%	82,4%	92,5%	100,0%	89,3%	91,8%	50,0%
Nota Media	10,0%	17,6%	6,3%		10,7%	7,1%	50,0%
Notas Bajas			1,3%			1,2%	0,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.31

"Desempeño laboral: Disposición para asumir nuevas responsabilidades"								
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total	
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
Notas Altas	95,0%	82,4%	90,0%	100,0%	88,1%	95,3%	50,0%	91,5%
Nota Media	3,8%	11,8%	7,5%		8,3%	3,5%	50,0%	6,2%
Notas Bajas	1,3%	5,9%	2,5%		3,6%	1,2%		2,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Cuadro N° 5.32

"En general, en el CRSCO se atiende bien a los pacientes"								
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total	
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
No Contesta		1,3%		1,2%			0,6%	
Acuerdo	95,0%	100,0%	92,5%	100,0%	92,9%	95,3%	100,0%	94,4%
Indeciso	3,8%		2,5%		3,6%	2,4%		2,8%
Desacuerdo	1,3%		3,8%		2,4%	2,4%		2,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.33

Para mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento								
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total	
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otros		
Acuerdo	73,8%	82,4%	66,3%	100,0%	69,0%	70,6%	100,0%	71,2%
Indeciso	16,3%	5,9%	26,3%		20,2%	21,2%		19,8%
Desacuerdo	10,0%	11,8%	7,5%		10,7%	8,2%		9,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.34

"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,3%				1,2%		0,6%
Acuerdo	50,0%	47,1%	67,5%		42,9%	76,5%	50,0%
Indeciso	12,5%	23,5%	15,0%	33,3%	15,5%	11,8%	50,0%
Desacuerdo	36,3%	29,4%	17,5%	66,7%	40,5%	11,8%	27,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.35

"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			1,3%			1,2%	0,6%
Acuerdo	27,5%	41,2%	52,5%		22,6%	58,8%	100,0%
Indeciso	15,0%	17,6%	17,5%	16,7%	19,0%	14,1%	16,4%
Desacuerdo	57,5%	41,2%	28,8%	83,3%	58,3%	25,9%	42,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.36

"Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta			2,5%			2,4%	1,1%
Acuerdo	56,3%	82,4%	58,8%	100,0%	60,7%	56,5%	50,0%
Indeciso	17,5%	11,8%	20,0%		19,0%	18,8%	18,1%
Desacuerdo	26,3%	5,9%	18,8%		20,2%	22,4%	50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.8 Satisfacción con la Infraestructura

Cuadro N° 5.37

"¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRSCO le facilitan su trabajo?"				
	Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Est. A	Est. B	Est. C	
Nada			1,2%	0,6%
Poco		25,0%	32,9%	27,7%
Me es indiferente	16,7%	8,3%	4,7%	6,8%
Bastante	66,7%	61,9%	44,7%	53,7%
Mucho	16,7%	4,8%	16,5%	11,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
				100,0%

6 Hospital Padre Hurtado

6.1 Descripción de la muestra

Cuadro N° 6.1

	Estamentos según grupo de pertenencia	
	Frecuencia	Porcentaje
Estamento A	15	5,5%
Estamento B	31	11,4%
Estamento C	221	81,0%
Otro	3	1,1%
No contesta	3	1,1%
Total	273	100,0%

6.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Cuadro N° 6.2

	"Me siento valorado por el HPH"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta	0,8%	0,7%				0,9%		0,7%	
Acuerdo	49,2%	39,6%	40,0%	93,3%	61,3%	38,5%		44,0%	
Indeciso	27,4%	16,7%	20,0%		16,1%	23,5%	66,7%	21,6%	
Desacuerdo	22,6%	43,1%	40,0%	6,7%	22,6%	37,1%	33,3%	33,7%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.3

	"Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el HPH"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta	1,6%	0,7%		6,7%	3,2%	0,5%		1,1%	
Acuerdo	81,5%	78,5%	100,0%	93,3%	90,3%	77,4%	100,0%	80,2%	
Indeciso	12,9%	13,2%			3,2%	15,4%		12,8%	
Desacuerdo	4,0%	7,6%			3,2%	6,8%		5,9%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.4

	"Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar"						Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
Acuerdo	50,8%	42,6%	33,3%	28,6%	49,1%	33,3%	46,4%	
Indeciso	31,7%	16,3%	53,3%	42,9%	18,4%	66,7%	23,4%	
Desacuerdo	17,5%	41,1%	13,3%	28,6%	32,5%		30,3%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

6.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcional y posibilidades de ascenso

Cuadro N° 6.5

	"Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta		1,4%				0,9%		0,7%	
Acuerdo	25,0%	27,1%		60,0%	45,2%	20,4%	33,3%	25,6%	
Indeciso	9,7%	5,6%	40,0%	6,7%	6,5%	8,1%	33,3%	8,1%	
Desacuerdo	65,3%	66,0%	60,0%	33,3%	48,4%	70,6%	33,3%	65,6%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.6

	"Pienso que en el HPH los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta	0,8%					0,5%		0,4%	
Acuerdo	11,3%	19,4%	40,0%		35,5%	14,0%		16,1%	
Indeciso	21,8%	25,0%	20,0%	20,0%	19,4%	24,4%	33,3%	23,4%	
Desacuerdo	66,1%	55,6%	40,0%	80,0%	45,2%	61,1%	66,7%	60,1%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.7

	"Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta	0,8%	0,7%				0,9%		0,7%	
Acuerdo	53,2%	68,8%	60,0%	66,7%	67,7%	59,3%	100,0%	61,5%	
Indeciso	17,7%	17,4%	20,0%	20,0%	22,6%	17,2%		17,6%	
Desacuerdo	28,2%	13,2%	20,0%	13,3%	9,7%	22,6%		20,1%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.8

"En el HPH no hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta		2,1%			3,2%	0,9%	1,1%
Acuerdo	48,4%	50,7%	60,0%	60,0%	54,8%	48,0%	33,3%
Indeciso	22,6%	22,2%		6,7%	19,4%	23,1%	66,7%
Desacuerdo	29,0%	25,0%	40,0%	33,3%	22,6%	28,1%	27,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.9

"Siento que el personal a honorario no es igualmente valorado que el personal contratado en HPH"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	1,6%	0,7%				1,4%	1,1%
Acuerdo	48,4%	47,2%	60,0%	33,3%	51,6%	48,0%	66,7%
Indeciso	22,6%	19,4%	20,0%	20,0%	19,4%	21,3%	20,9%
Desacuerdo	27,4%	32,6%	20,0%	46,7%	29,0%	29,4%	33,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.10

"Creo que en el HPH tengo posibilidades de ascender en la carrera funcionalia"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
Acuerdo	32,2%	34,5%	40,0%	46,7%	30,2%	66,7%	33,5%
Indeciso	19,0%	7,7%	26,7%	10,0%	12,7%		12,9%
Desacuerdo	48,8%	57,7%	33,3%	43,3%	57,1%	33,3%	53,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.11

"Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
Acuerdo	58,7%	48,9%	40,0%	43,3%	55,5%	66,7%	53,4%
Indeciso	15,7%	10,6%	26,7%	20,0%	11,4%		13,0%
Desacuerdo	25,6%	40,4%	33,3%	36,7%	33,2%	33,3%	33,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.12

"Creo que en el HPH tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia			Total		
		Honorario	Est. B	Est. C			
Acuerdo	80,0%			100,0%	80,0%		
Indeciso	20,0%		100,0%			20,0%	
	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.13

"Pienso que en HPH quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia			Total		
		Honorario	Est. B	Est. C			
Acuerdo	60,0%			75,0%	60,0%		
Indeciso	40,0%		100,0%	25,0%		40,0%	
	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.14

<p>"Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de obtener un cargo a contrata"</p>				
¿Qué tipo de contrato tiene?	Estamentos según grupo de pertenencia		Total	
	Honorario	Est. B	Est. C	
Acuerdo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

Cuadro N° 6.15

<p>"En el HPH todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga"</p>				
¿Qué tipo de contrato tiene?			Total	
	Definido	Indefinido	Honorario	
No Contesta	0,8%			0,4%
Acuerdo	50,8%	41,7%	60,0%	46,2%
Indeciso	18,5%	11,8%	40,0%	15,4%
Desacuerdo	29,8%	46,5%		38,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.16

<p>"En el HPH hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios."</p>			
¿Qué tipo de contrato tiene?			Total
	Definido	Indefinido	
Acuerdo	70,2%	57,7%	63,5%
Indeciso	12,4%	9,9%	11,0%
Desacuerdo	17,4%	32,4%	25,5%
	100,0%	100,0%	100,0%

6.5 Existencia y uso de instancias de participación

Cuadro N° 6.17

"¿Existen dentro del HPH instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?"				
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	
No contesta		0,7%		0,4%
No Sabe	29,0%	26,4%	40,0%	27,8%
No	29,0%	42,4%	20,0%	35,9%
Si	41,9%	30,6%	40,0%	35,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.18

"En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el HPH?"				
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	
No Sabe	8,1%	2,1%	20,0%	5,1%
No	57,3%	70,8%	60,0%	64,5%
Si	34,7%	27,1%	20,0%	30,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.19

"Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones"				
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	
No Contesta	1,6%	0,7%		1,1%
Acuerdo	46,8%	35,4%	20,0%	40,3%
Indeciso	22,6%	18,8%	40,0%	20,9%
Desacuerdo	29,0%	45,1%	40,0%	37,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Cuadro N° 6.20

	"¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el HPH?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No contesta	0,8%	0,7%				0,9%		0,7%
No Sabe			20,0%			0,5%		0,4%
No	8,9%	16,0%	20,0%			14,9%	33,3%	12,8%
Si	90,3%	83,3%	60,0%	100,0%	100,0%	83,7%	66,7%	86,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.21

	"¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta	0,8%	0,7%				0,9%		0,7%
No	41,9%	39,6%	60,0%		12,9%	48,0%	33,3%	41,0%
Si	57,3%	59,7%	40,0%	100,0%	87,1%	51,1%	66,7%	58,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.22

	"Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta	0,8%	0,7%			3,2%	0,5%		0,7%
De vez en cuando	27,4%	31,3%	40,0%	26,7%	16,1%	32,6%		29,7%
No	33,1%	33,3%	20,0%	6,7%	25,8%	35,7%	33,3%	33,0%
Si	38,7%	34,7%	40,0%	66,7%	54,8%	31,2%	66,7%	36,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.23

"Considero que el sistema de evaluación mide realmente mi desempeño y califica mi trabajo"						
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
Acuerdo	50,4%	42,3%	86,7%	53,3%	42,0%	66,7% 46,0%
Indeciso	15,7%	7,0%	6,7%	16,7%	10,8%	
Desacuerdo	33,9%	50,7%	6,7%	30,0%	47,2%	33,3% 43,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0% 100,0%

Cuadro N° 6.24

"El sistema de evaluación me motiva para seguir perfeccionándome y haciendo cada vez mejor mi trabajo"						
¿Qué tipo de contrato tiene?		Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
Acuerdo	61,2%	43,3%	71,4%	43,3%	50,9%	66,7% 51,5%
Indeciso	16,5%	14,9%	14,3%	23,3%	15,1%	
Desacuerdo	22,3%	41,8%	14,3%	33,3%	34,0%	33,3% 32,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0% 100,0%

Cuadro N° 6.25

"Siento que tengo las capacidades adecuadas para realizar de buena forma mi trabajo"							
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta		0,7%				0,5%	
Acuerdo	92,7%	94,4%	100,0%	93,3%	96,8%	93,2%	100,0% 93,8%
Indeciso	0,8%	0,7%				0,9%	
Desacuerdo	6,5%	4,2%		6,7%	3,2%	5,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0% 100,0%

Cuadro N° 6.26

"Considero queuento con todos los conocimientos profesionales para realizar mi trabajo"							
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
Acuerdo	87,9%	89,6%	80,0%	100,0%	93,5%	86,9%	100,0% 88,6%
Indeciso	6,5%	4,2%	20,0%		3,2%	6,3%	
Desacuerdo	5,6%	6,3%			3,2%	6,8%	
							5,9%

100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Cuadro N° 6.27

"Desempeño laboral: Puntualidad"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta		0,7%				0,5%	0,4%
Notas Altas	69,4%	81,9%	100,0%	86,7%	67,7%	76,9%	76,6%
Nota Media	22,6%	11,1%		13,3%	16,1%	16,3%	16,1%
Notas Bajas	8,1%	6,3%			16,1%	6,3%	7,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.28

"Desempeño laboral: Ausentismo"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	2,4%	2,8%			3,2%	2,7%	2,6%
Notas Altas	83,9%	88,2%	80,0%	100,0%	93,5%	84,2%	100,0%
Nota Media	4,0%	4,2%				5,0%	4,0%
Notas Bajas	9,7%	4,9%	20,0%		3,2%	8,1%	7,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.29

"Desempeño laboral: Cumplimiento de tareas"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta		0,7%				0,5%	0,4%
Notas Altas	96,8%	95,8%	100,0%	93,3%	90,3%	97,3%	100,0%
Nota Media	2,4%	3,5%		6,7%	9,7%	1,8%	2,9%
Notas Bajas	0,8%					0,5%	0,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.30

	"Desempeño laboral: Trabajo en equipo"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta		0,7%	20,0%			0,9%		0,7%	
Notas Altas	93,5%	89,6%	80,0%	86,7%	87,1%	92,3%	100,0%	91,2%	
Nota Media	6,5%	6,9%		6,7%	12,9%	5,4%		6,6%	
Notas Bajas		2,8%		6,7%		1,4%		1,5%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.31

	"Desempeño laboral: Disposición para asumir nuevas responsabilidades"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta			20,0%			0,5%		0,4%	
Notas Altas	98,4%	96,5%	80,0%	93,3%	96,8%	97,3%	100,0%	97,1%	
Nota Media	0,8%	2,1%		6,7%		1,4%		1,5%	
Notas Bajas	0,8%	1,4%			3,2%	0,9%		1,1%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

6.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Cuadro N° 6.32

	"En general, en el HPH se atiende bien a los pacientes"							Total	
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia					
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro		
No Contesta		2,1%				0,9%		1,1%	
Acuerdo	78,2%	78,5%	80,0%	93,3%	93,5%	75,1%	100,0%	78,4%	
Indeciso	12,1%	6,9%	20,0%		3,2%	11,3%		9,5%	
Desacuerdo	9,7%	12,5%		6,7%	3,2%	12,7%		11,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 6.33

"Para mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento"							
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta	1,6%	0,7%		6,7%		0,9%	
Acuerdo	80,6%	77,8%	60,0%	46,7%	74,2%	81,0%	100,0%
Indeciso	8,9%	9,7%	20,0%	13,3%	16,1%	8,6%	
Desacuerdo	8,9%	11,8%	20,0%	33,3%	9,7%	9,5%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.34

"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento"							
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta	0,8%				3,2%		
Acuerdo	62,9%	72,9%	80,0%	20,0%	29,0%	76,9%	66,7%
Indeciso	11,3%	6,3%			9,7%	8,6%	33,3%
Desacuerdo	25,0%	20,8%	20,0%	80,0%	58,1%	14,5%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.35

"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento"							
¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia				Total
Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta	1,6%	0,7%				1,4%	
Acuerdo	53,2%	56,9%	80,0%	13,3%	16,1%	63,3%	66,7%
Indeciso	12,9%	9,0%		6,7%	9,7%	10,9%	33,3%
Desacuerdo	32,3%	33,3%	20,0%	80,0%	74,2%	24,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.36

"Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento"							
	¿Qué tipo de contrato tiene?			Estamentos según grupo de pertenencia			Total
	Definido	Indefinido	Honorario	Est. A	Est. B	Est. C	
No Contesta	0,8%	4,2%				3,2%	2,6%
Acuerdo	55,6%	42,4%	40,0%	20,0%	22,6%	52,5%	100,0%
Indeciso	16,9%	12,5%		20,0%	19,4%	13,6%	14,3%
Desacuerdo	26,6%	41,0%	60,0%	60,0%	58,1%	30,8%	34,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.8 Satisfacción con la Infraestructura

Cuadro N° 6.37

"¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el HPH le facilitan su trabajo?"					
	Estamentos según grupo de pertenencia				Total
	Est. A	Est. B	Est. C	Otro	
No Contesta			1,4%		1,1%
Nada			1,8%		1,5%
Poco	20,0%	29,0%	42,1%	66,7%	39,2%
Me es indiferente		3,2%	8,1%		7,3%
Bastante	60,0%	61,3%	38,9%		42,1%
Mucho	20,0%	6,5%	7,7%	33,3%	8,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7 Análisis comparativo de encuestas usuario interno de los tres Establecimientos Experimentales

7.1 Descripción de la muestra

Cuadro N° 7.1

	¿A qué grupo pertenece?			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Administrativo	24,3%	16,3%	24,5%	21,6%
Auxiliar	2,3%	9,2%	18,7%	11,2%
Médico	14,7%	10,0%	2,2%	8,1%
Profesional no médico	32,8%	27,1%	9,2%	21,4%
Técnico Paramédico	21,5%	33,8%	37,7%	32,2%
Otro	1,1%	2,1%	1,1%	1,4%
Directivo	3,4%	1,7%	5,5%	3,6%
No Contesta			1,1%	,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7.2 Sentido de pertenencia a la Institución

Cuadro N° 7.2

	EE			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Desacuerdo	31,0%	30,3%	33,9%	31,9%
Indeciso	23,0%	14,3%	21,8%	19,5%
Acuerdo	46,0%	55,5%	44,3%	48,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 7.3

	"Me siento valorado por el CRS... / HPH". Según Estamento (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	83,3%	46,4%	42,4%	100,0%	61,8%	49,3%	93,3%	61,3%	38,5%
Indeciso	16,7%	22,6%	22,4%	,0%	10,1%	17,6%	,0%	16,1%	23,5%
Desacuerdo	,0%	31,0%	31,8%	,0%	28,1%	31,7%	6,7%	22,6%	37,1%

Cuadro N° 7.4

"Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRS... / HPH". Total (en % de columna)				
	EE			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Desacuerdo	4,5%	6,8%	5,9%	5,9%
Indeciso	27,1%	16,2%	13,0%	17,7%
Acuerdo	68,4%	77,0%	81,1%	76,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 7.5

	"Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRS... / HPH". Según Estamento (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	100,0%	65,5%	70,6%	75,0%	70,8%	79,6%	93,3%	90,3%	77,4%
Indeciso	,0%	29,8%	25,9%	,0%	21,3%	11,3%	,0%	3,2%	15,4%
Desacuerdo	,0%	4,8%	3,5%	,0%	6,7%	7,0%	,0%	3,2%	6,8%

Cuadro N° 7.6

"Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar". Total (en % de columna)				
	EE			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Desacuerdo	16,0%	33,8%	30,3%	27,6%
Indeciso	23,4%	30,8%	23,4%	24,5%
Acuerdo	60,6%	35,4%	46,4%	47,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 7.7

	"Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar". Según Estamento (en % de columna).								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	83,3%	28,6%	31,8%	50,0%	9,0%	9,2%	33,3%	25,8%	47,1%
Indeciso	16,7%	22,6%	2,4%	50,0%	13,5%	4,2%	53,3%	38,7%	17,6%
Desacuerdo	,0%	11,9%	5,9%	,0%	12,4%	7,0%	13,3%	25,8%	31,2%

7.3 Satisfacción con el modelo de estructura de sueldos, percepción de la estabilidad laboral, modalidad de contrato, carrera funcional y posibilidades de ascenso

Cuadro N° 7.8

	"Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo". Total (en % de columna)			Total
CRSCO	CRSM	HPH		
Acuerdo	19,8%	36,3%	25,8%	27,9%
Indeciso	10,2%	11,3%	8,1%	9,7%
Desacuerdo	70,1%	52,5%	66,1%	62,4%

Cuadro N° 7.9

	"Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo". Según tipo de contrato (en % de columna)								
CRSCO			CRSM			HPH			
Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	
Acuerdo	16,3%	23,5%	22,5%	51,7%	38,5%	30,8%	25,0%	27,1%	0,0%
Indeciso	10,0%	5,9%	11,3%	13,8%	7,7%	10,7%	9,7%	5,6%	40,0%
Desacuerdo	73,8%	70,6%	66,3%	34,5%	53,8%	58,6%	65,3%	66,0%	60,0%

Cuadro N° 7.10

	"Pienso que en el CRS... / HPH los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales". Total (en % de columna)			Total
CRSCO	CRSM	HPH		
Acuerdo	11,9%	37,1%	16,2%	22,3%
Indeciso	17,5%	29,5%	23,5%	24,1%
Desacuerdo	70,6%	33,3%	60,3%	53,6%

Cuadro N° 7.11

	"Pienso que en el CRS... / HPH los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales". Según Estamento (en % de columna)								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	50,0%	7,1%	12,9%	100,0%	31,5%	38,7%	0,0%	35,5%	14,0%
Indeciso	16,7%	15,5%	20,0%	0,0%	33,7%	27,5%	20,0%	19,4%	24,4%
Desacuerdo	33,3%	77,4%	67,1%	0,0%	33,7%	32,4%	80,0%	45,2%	61,1%

Cuadro N° 7.12

	"Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral". Total (en % de columna)			Total
CRSCO	CRSM	HPH		
Acuerdo	36,2%	43,5%	62,0%	48,9%
Indeciso	16,4%	10,5%	17,7%	14,9%
Desacuerdo	47,5%	46,0%	20,3%	36,2%

Cuadro N° 7.13

	"Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral". Según Estamento (en % de columna)								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	66,7%	38,1%	32,9%	75,0%	51,7%	37,6%	66,7%	67,7%	59,8%
Indeciso	,0%	17,9%	15,3%	25,0%	12,6%	8,5%	20,0%	22,6%	17,4%
Desacuerdo	33,3%	44,0%	51,8%	,0%	35,6%	53,9%	13,3%	9,7%	22,8%

Cuadro N° 7.14

	"En el CRS... / HPH no hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	50,0%	65,5%	57,6%	50,0%	57,3%	64,1%	60,0%	54,8%	48,0%
Indeciso	33,3%	15,5%	15,3%	,0%	15,7%	12,0%	6,7%	19,4%	23,1%
Desacuerdo	16,7%	19,0%	25,9%	50,0%	27,0%	22,5%	33,3%	22,6%	28,1%
	CRSCO			CRSM			HPH		
Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	
Acuerdo	57,5%	64,7%	62,5%	58,6%	46,2%	64,5%	48,4%	50,7%	60,0%
Indeciso	20,0%	,0%	15,0%	19,0%	15,4%	10,7%	22,6%	22,2%	,0%
Desacuerdo	22,5%	35,3%	21,3%	20,7%	38,5%	24,3%	29,0%	25,0%	40,0%

Cuadro N° 7.15

	"Siento que el personal a honorario no es igualmente valorado que el personal contratado en CRS... / HPH". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	16,7%	64,3%	55,3%	,0%	44,9%	68,3%	33,3%	51,6%	48,0%
Indeciso	16,7%	16,7%	18,8%	25,0%	7,9%	8,5%	20,0%	19,4%	21,3%
Desacuerdo	66,7%	19,0%	24,7%	75,0%	46,1%	22,5%	46,7%	29,0%	29,4%
	CRSCO			CRSM			HPH		
Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	
Acuerdo	53,8%	64,7%	60,0%	51,7%	53,8%	62,1%	48,4%	47,2%	60,0%
Indeciso	18,8%	17,6%	16,3%	8,6%	7,7%	8,3%	22,6%	19,4%	20,0%
Desacuerdo	27,5%	17,6%	22,5%	39,7%	38,5%	28,4%	27,4%	32,6%	20,0%

Cuadro N° 7.16

	"Creo que en el CRS... / HPH tengo posibilidades de ascender en la carrera funcionaria". Total (en % de columna)			Total
CRSCO	CRSM	HPH		
Acuerdo	5,3%	44,6%	33,5%	28,8%
Indeciso	8,4%	21,5%	12,9%	13,2%
Desacuerdo	86,3%	33,8%	53,6%	57,9%

Cuadro N° 7.17

	"Creo que en el CRS... / HPH tengo posibilidades de ascender en la carrera funcional". Según Estamento (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	33,3%	1,2%	2,4%	50,0%	15,7%	9,2%	40,0%	45,2%	29,0%
Indeciso	16,7%	4,8%	3,5%	25,0%	6,7%	4,9%	26,7%	9,7%	12,2%
Desacuerdo	50,0%	58,3%	34,1%	25,0%	12,4%	6,3%	33,3%	41,9%	54,8%

Cuadro N° 7.18

	"Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración". Total (en % de columna).			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Acuerdo	29,5%	60,0%	53,4%	49,1%
Indeciso	9,5%	16,9%	13,0%	12,8%
Desacuerdo	61,1%	23,1%	33,6%	38,2%

Cuadro N° 7.19

	"Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración". Según Estamento (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	66,7%	16,7%	11,8%	75,0%	21,3%	12,0%	40,0%	41,9%	52,9%
Indeciso	16,7%	3,6%	5,9%	25,0%	5,6%	3,5%	26,7%	19,4%	10,9%
Desacuerdo	16,7%	44,0%	22,4%	0,0%	7,9%	4,9%	33,3%	35,5%	31,7%

Cuadro N° 7.20

	"Creo que en el CRS... / HPH tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).									
	CRSCO			CRSM			HPH			
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	0,0%	13,8%	42,0%	0,0%	25,9%	16,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Indeciso	0,0%	24,1%	14,0%	0,0%	35,2%	17,0%	0,0%	100,0%	0,0%	
Desacuerdo	0,0%	62,1%	44,0%	0,0%	38,9%	67,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	CRSCO			CRSM			HPH			
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	
	Acuerdo	0,0%	0,0%	31,6%	0,0%	0,0%	19,1%	0,0%	0,0%	80,0%
Indeciso	0,0%	0,0%	17,7%	0,0%	0,0%	22,9%	0,0%	0,0%	20,0%	
Desacuerdo	0,0%	0,0%	50,6%	0,0%	0,0%	58,0%	0,0%	0,0%	0,0%	

Cuadro N° 7.21

	"Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de obtener un cargo a contrata". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).									
	CRSCO			CRSM			HPH			
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	0,0%	24,1%	50,0%	0,0%	44,4%	41,8%	0,0%	100,0%	100,0%	
Indeciso	0,0%	24,1%	22,0%	0,0%	22,2%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	
Desacuerdo	0,0%	51,7%	28,0%	0,0%	33,3%	44,9%	0,0%	0,0%	0,0%	
	CRSCO			CRSM			HPH			
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	
	Acuerdo	0,0%	0,0%	40,5%	0,0%	0,0%	43,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Indeciso	0,0%	0,0%	22,8%	0,0%	0,0%	16,8%	0,0%	0,0%	0,0%	
Desacuerdo	0,0%	0,0%	36,7%	0,0%	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	

Cuadro N° 7.22

	"Pienso que en CRS... / HPH quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	0,0%	28,6%	49,4%	0,0%	28,1%	52,1%	0,0%	0,0%	1,4%
Indeciso	0,0%	3,6%	2,4%	0,0%	7,9%	5,6%	0,0%	3,2%	0,5%
Desacuerdo	0,0%	2,4%	7,1%	0,0%	24,7%	12,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Acuerdo	0,0%	0,0%	82,5%	0,0%	0,0%	59,8%	0,0%	0,0%	60,0%
Indeciso	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	8,9%	0,0%	0,0%	40,0%
Desacuerdo	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	24,3%	0,0%	0,0%	0,0%

7.4 Acceso a capacitación y perfeccionamiento

Cuadro N° 7.23

	"En el CRS... / HPH todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	100,0%	45,8%	35,3%	50,0%	38,2%	29,3%	73,3%	58,1%	42,3%
Indeciso	,0%	14,5%	15,3%	,0%	13,5%	7,1%	6,7%	12,9%	16,4%
Desacuerdo	,0%	39,8%	49,4%	50,0%	48,3%	63,6%	20,0%	29,0%	41,4%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Acuerdo	35,4%	58,8%	46,3%	49,1%	46,2%	26,8%	51,2%	41,7%	60,0%
Indeciso	16,5%	11,8%	12,5%	5,3%	,0%	11,3%	18,7%	11,8%	40,0%
Desacuerdo	48,1%	29,4%	41,3%	45,6%	53,8%	61,9%	30,1%	46,5%	,0%

Cuadro N° 7.24

	"En el CRS... / HPH hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios". Según Estamento y tipo de contrato (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	66,7%	37,0%	17,6%	50,0%	51,6%	71,4%	80,0%	80,0%	59,9%
Indeciso	16,7%	16,7%	8,8%	,0%	6,5%	7,1%	13,3%	,0%	12,3%
Desacuerdo	16,7%	46,3%	73,5%	50,0%	41,9%	21,4%	6,7%	20,0%	27,8%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Acuerdo	31,6%	37,5%	,0%	61,1%	50,0%	,0%	70,2%	57,7%	,0%
Indeciso	13,9%	12,5%	,0%	7,4%	,0%	,0%	12,4%	9,9%	,0%
Desacuerdo	54,4%	50,0%	,0%	31,5%	50,0%	,0%	17,4%	32,4%	,0%

7.5 Existencia y uso de instancias de participación

Cuadro N° 7.25

	"¿Existen dentro del CRS... / HPH instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?". Total (en % de columna)			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Si	66,1%	43,0%	36,0%	46,2%
No	19,2%	38,8%	36,0%	32,7%
No Sabe	14,7%	18,1%	27,9%	21,1%

Cuadro N° 7.26

	"¿Existen dentro del CRS... / HPH instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?". Según tipo de contrato (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Si	70,0%	76,5%	60,0%	63,8%	69,2%	33,1%	41,9%	30,6%	40,0%
No	18,8%	17,6%	20,0%	24,1%	30,8%	43,8%	29,0%	42,4%	20,0%
No Sabe	11,3%	5,9%	20,0%	12,1%	,0%	21,3%	29,0%	26,4%	40,0%

Cuadro N° 7.27

	"En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRS... / HPH?" Total (en % de columna).			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Si	59,7%	34,9%	30,4%	39,4%
No	35,8%	57,6%	64,5%	54,7%
No Sabe	4,5%	7,6%	5,1%	5,8%

Cuadro N° 7.28

	"En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna instancia de participación que existen en el CRS... / HPH?". Según Estamentos. (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Si	100,0%	52,4%	63,5%	100,0%	44,9%	26,8%	53,3%	51,6%	25,8%
No	,0%	40,5%	32,9%	,0%	40,4%	68,3%	46,7%	48,4%	67,9%
No Sabe	,0%	6,0%	3,5%	,0%	13,5%	4,2%	,0%	,0%	6,3%

Cuadro N° 7.29

	"Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones" Total (en % de columna).			Total
	CRSCO	CRSM	HPH	
Acuerdo	40,1%	45,1%	40,7%	42,1%
Indeciso	24,3%	17,9%	21,1%	20,8%
Desacuerdo	35,6%	37,0%	38,1%	37,1%

Cuadro N° 7.30

	"Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones". Según Estamentos. (en % de columna).								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	83,3%	28,6%	48,2%	75,0%	43,8%	44,4%	53,3%	64,5%	35,3%
Indeciso	,0%	33,3%	17,6%	,0%	18,0%	17,6%	20,0%	12,9%	22,2%
Desacuerdo	16,7%	38,1%	34,1%	,0%	36,0%	36,6%	26,7%	22,6%	41,2%

7.6 Percepción del Sistema de Evaluación por Desempeño y Auto evaluación en distintos aspectos del desempeño laboral

Cuadro N° 7.31

	"¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el CRS... / HPH?". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Si	100,0%	94,0%	83,1%	100,0%	97,7%	92,9%	100,0%	100,0%	84,5%
No	,0%	2,4%	15,7%	,0%	1,1%	6,4%	,0%	,0%	15,1%
No Sabe	,0%	3,6%	1,2%	,0%	1,1%	,7%	,0%	,0%	,5%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	89,7%	94,1%	87,3%	93,0%	92,3%	95,2%	91,1%	83,9%	60,0%
Si	9,0%	,0%	10,1%	7,0%	7,7%	3,6%	8,9%	16,1%	20,0%
No	1,3%	5,9%	2,5%	,0%	,0%	1,2%	,0%	,0%	20,0%

Cuadro N° 7.32

	"¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?". Según tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Si	63,3%	70,6%	38,8%	66,7%	69,2%	50,9%	57,7%	60,1%	40,0%
No	36,7%	29,4%	61,3%	33,3%	30,8%	49,1%	42,3%	39,9%	60,0%

Cuadro N° 7.33

	"Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?". Según Estamento. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Si	50,0%	47,6%	41,2%	75,0%	53,5%	27,5%	66,7%	56,7%	31,4%
No	,0%	25,6%	27,1%	,0%	18,6%	36,6%	6,7%	26,7%	35,9%
De vez en cuando	50,0%	26,8%	31,8%	25,0%	27,9%	35,9%	26,7%	16,7%	32,7%

Cuadro N° 7.34

	"Considero que el sistema de evaluación mide realmente mi desempeño y califica mi trabajo". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	50,0%	27,8%	38,2%	75,0%	54,8%	55,2%	86,7%	53,3%	42,0%
Indeciso	33,3%	29,6%	11,8%	,0%	6,5%	6,9%	6,7%	16,7%	10,8%
Desacuerdo	16,7%	42,6%	50,0%	25,0%	38,7%	37,9%	6,7%	30,0%	47,2%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	31,6%	43,8%	,0%	57,4%	45,5%	,0%	50,4%	42,3%	,0%
Acuerdo	21,5%	31,3%	,0%	5,6%	9,1%	,0%	15,7%	7,0%	,0%
Indeciso	46,8%	25,0%	,0%	37,0%	45,5%	,0%	33,9%	50,7%	,0%
Desacuerdo									

Cuadro N° 7.35

	"El sistema de evaluación me motiva para seguir perfeccionándome y haciendo cada vez mejor mi trabajo". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	33,3%	31,5%	44,1%	75,0%	54,8%	65,5%	71,4%	43,3%	50,9%
Indeciso	33,3%	27,8%	14,7%	,0%	12,9%	6,9%	14,3%	23,3%	15,1%
Desacuerdo	33,3%	40,7%	41,2%	25,0%	32,3%	27,6%	14,3%	33,3%	34,0%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	34,2%	43,8%	,0%	61,1%	54,5%	,0%	61,2%	43,3%	,0%
Acuerdo	25,3%	18,8%	,0%	9,3%	9,1%	,0%	16,5%	14,9%	,0%
Indeciso	40,5%	37,5%	,0%	29,6%	36,4%	,0%	22,3%	41,8%	,0%
Desacuerdo									

Cuadro N° 7.36

	"Considero queuento con todos los conocimientos profesionales para realizar mi trabajo". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	100,0%	98,8%	89,4%	100,0%	96,6%	91,5%	100,0%	93,5%	86,9%
Indeciso	,0%	,0%	5,9%	,0%	2,3%	1,4%	,0%	3,2%	6,3%
Desacuerdo	,0%	1,2%	4,7%	,0%	1,1%	7,0%	,0%	3,2%	6,8%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Acuerdo	91,3%	100,0%	95,0%	98,3%	84,6%	92,3%	87,9%	89,6%	80,0%
Indeciso	2,5%	,0%	3,8%	,0%	,0%	2,4%	6,5%	4,2%	20,0%
Desacuerdo	6,3%	,0%	1,3%	1,7%	15,4%	5,4%	5,6%	6,3%	,0%

Cuadro N° 7.37

	"Siento que tengo las capacidades adecuadas para realizar de buena forma mi trabajo". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	100,0%	96,4%	94,1%	100,0%	98,9%	95,1%	93,3%	96,8%	93,6%
Indeciso	,0%	1,2%	1,2%	,0%	,0%	,7%	,0%	,0%	,9%
Desacuerdo	,0%	2,4%	4,7%	,0%	1,1%	4,2%	6,7%	3,2%	5,5%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Acuerdo	93,8%	100,0%	96,3%	98,3%	92,3%	96,4%	92,7%	95,1%	100,0%
Indeciso	1,3%	,0%	1,3%	,0%	,0%	,6%	,8%	,7%	,0%
Desacuerdo	5,0%	,0%	2,5%	1,7%	7,7%	3,0%	6,5%	4,2%	,0%

Cuadro N° 7.38

		Autoevaluación de Desempeño Laboral según tipo de contrato (en % de columna).								
		CRSCO			CRSM			HPH		
		Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
Puntualidad	Notas Bajas	5,0%	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%	3,0%	8,1%	6,3%	0,0%
	Nota Media	12,5%	5,9%	13,8%	7,0%	0,0%	11,8%	22,6%	11,2%	0,0%
	Notas Altas	82,5%	94,1%	86,3%	89,5%	100,0%	85,2%	69,4%	82,5%	100,0%
Ausentismo	Notas Bajas	1,3%	5,9%	17,7%	5,5%	0,0%	6,0%	9,9%	5,0%	20,0%
	Nota Media	1,3%	5,9%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	4,3%	0,0%
	Notas Altas	97,4%	88,2%	78,5%	94,5%	100,0%	94,0%	86,0%	90,7%	80,0%
Cumplimiento de tareas	Notas Bajas	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
	Nota Media	1,3%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	3,6%	2,4%	3,5%	0,0%
	Notas Altas	98,8%	100,0%	98,8%	98,2%	100,0%	96,4%	96,8%	96,5%	100,0%
Trabajo en equipo	Notas Bajas	0,0%	0,0%	1,3%	1,8%	0,0%	2,4%	0,0%	2,8%	0,0%
	Nota Media	10,0%	17,6%	6,3%	3,5%	0,0%	5,9%	6,5%	7,0%	0,0%
	Notas Altas	90,0%	82,4%	92,5%	94,7%	100,0%	91,7%	93,5%	90,2%	100,0%
Disposición para asumir nuevas responsabilidades	Notas Bajas	1,3%	5,9%	2,5%	0,0%	0,0%	0,6%	0,8%	1,4%	0,0%
	Nota Media	3,8%	11,8%	7,5%	0,0%	7,7%	3,0%	0,8%	2,1%	0,0%
	Notas Altas	95,0%	82,4%	90,0%	100,0%	92,3%	96,4%	98,4%	96,5%	100,0%

Cuadro N° 7.39

		Autoevaluación de Desempeño Laboral según Estamento (en % de columna)								
		CRSCO			CRSM			HPH		
		Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Puntualidad	Notas Bajas	0,0%	3,6%	1,2%	0,0%	2,3%	3,5%	0,0%	16,1%	6,4%
	Nota Media	0,0%	13,1%	11,8%	0,0%	9,1%	10,6%	13,3%	16,1%	16,4%
	Notas Altas	100,0%	83,3%	87,1%	100,0%	88,6%	85,9%	86,7%	67,7%	77,3%
Ausentismo	Notas Bajas	16,7%	7,3%	10,7%	0,0%	3,4%	7,2%	0,0%	3,3%	8,4%
	Nota Media	0,0%	1,2%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%
	Notas Altas	83,3%	91,5%	84,5%	100,0%	96,6%	92,8%	100,0%	96,7%	86,5%
Cumplimiento de tareas	Notas Bajas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,5%
	Nota Media	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,1%	3,5%	6,7%	9,7%	1,8%
	Notas Altas	100,0%	100,0%	98,8%	100,0%	98,9%	95,8%	93,3%	90,3%	97,7%
Trabajo en equipo	Notas Bajas	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	2,3%	2,1%	6,7%	0,0%	1,4%
	Nota Media	0,0%	10,7%	7,1%	0,0%	2,3%	7,0%	6,7%	12,9%	5,5%
	Notas Altas	100,0%	89,3%	91,8%	100,0%	95,5%	90,8%	86,7%	87,1%	93,2%
Disposición para asumir nuevas responsabilidades	Notas Bajas	0,0%	3,6%	1,2%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	3,2%	0,9%
	Nota Media	0,0%	8,3%	3,5%	0,0%	3,4%	2,1%	6,7%	0,0%	1,4%
	Notas Altas	100,0%	88,1%	95,3%	100,0%	96,6%	97,2%	93,3%	96,8%	97,7%

7.7 Atención al paciente / usuario y posibilidades de mejora

Cuadro N° 7.40

	"En general, en el CRS... / HPH se atiende bien a los pacientes". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	100,0%	92,9%	95,3%	100,0%	84,3%	83,1%	93,3%	93,5%	75,1%
Indeciso	,0%	3,6%	2,4%	,0%	5,6%	6,3%	,0%	3,2%	11,3%
Desacuerdo	,0%	2,4%	2,4%	,0%	9,0%	9,9%	6,7%	3,2%	12,7%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	95,0%	100,0%	92,5%	87,9%	61,5%	84,0%	78,2%	78,5%	80,0%
Acuerdo	3,8%	,0%	2,5%	1,7%	15,4%	7,1%	12,1%	6,9%	20,0%
Indeciso	1,3%	,0%	3,8%	10,3%	23,1%	7,7%	9,7%	12,5%	,0%
Desacuerdo									

Cuadro N° 7.41

	"Para mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	100,0%	69,0%	70,6%	75,0%	74,2%	78,2%	46,7%	74,2%	81,0%
Indeciso	,0%	20,2%	21,2%	,0%	11,2%	12,7%	13,3%	16,1%	8,6%
Desacuerdo	,0%	10,7%	8,2%	25,0%	13,5%	8,5%	33,3%	9,7%	9,5%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	73,8%	82,4%	66,3%	84,5%	76,9%	74,0%	80,6%	77,8%	60,0%
Acuerdo	16,3%	5,9%	26,3%	5,2%	,0%	15,4%	8,9%	9,7%	20,0%
Indeciso	10,0%	11,8%	7,5%	10,3%	23,1%	9,5%	8,9%	11,8%	20,0%
Desacuerdo									

Cuadro N° 7.42

	"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	,0%	42,9%	76,5%	,0%	32,6%	58,5%	20,0%	29,0%	76,9%
Indeciso	33,3%	15,5%	11,8%	,0%	20,2%	14,8%	,0%	9,7%	8,6%
Desacuerdo	66,7%	40,5%	11,8%	100,0%	46,1%	25,4%	80,0%	58,1%	14,5%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	50,0%	47,1%	67,5%	36,2%	53,8%	51,5%	62,9%	72,9%	80,0%
Acuerdo	12,5%	23,5%	15,0%	10,3%	15,4%	18,3%	11,3%	6,3%	,0%
Indeciso	36,3%	29,4%	17,5%	51,7%	30,8%	29,0%	25,0%	20,8%	20,0%

Cuadro N° 7.43

	"Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C
Acuerdo	,0%	22,6%	58,8%	,0%	32,6%	49,3%	13,3%	16,1%	63,3%
Indeciso	16,7%	19,0%	14,1%	,0%	18,0%	12,7%	6,7%	9,7%	10,9%
Desacuerdo	83,3%	58,3%	25,9%	75,0%	46,1%	36,6%	80,0%	74,2%	24,4%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	27,5%	41,2%	52,5%	32,8%	38,5%	46,2%	53,2%	56,9%	80,0%
Acuerdo	15,0%	17,6%	17,5%	13,8%	7,7%	16,0%	12,9%	9,0%	,0%
Indeciso	57,5%	41,2%	28,8%	48,3%	53,8%	36,1%	32,3%	33,3%	20,0%

Cuadro N° 7.44

	"Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Acuerdo	100,0%	60,7%	56,5%	75,0%	48,3%	56,3%	20,0%	22,6%	52,5%
Indeciso	,0%	19,0%	18,8%	,0%	23,6%	12,0%	20,0%	19,4%	13,6%
Desacuerdo	,0%	20,2%	22,4%	25,0%	27,0%	27,5%	60,0%	58,1%	30,8%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	56,3%	82,4%	58,8%	55,2%	53,8%	52,7%	55,6%	42,4%	40,0%
Indeciso	17,5%	11,8%	20,0%	13,8%	7,7%	17,8%	16,9%	12,5%	,0%
Desacuerdo	26,3%	5,9%	18,8%	29,3%	38,5%	26,0%	26,6%	41,0%	60,0%

7.8 Satisfacción con la Infraestructura

Cuadro N° 7.45

	"¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRS... / HPH le facilitan su trabajo?". Según Estamento y tipo de contrato. (en % de columna)								
CRSCO			CRSM			HPH			
Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	Est. A	Est. B	Est. C	
Mucho	16,7%	4,8%	16,5%	,0%	16,9%	12,0%	20,0%	6,5%	7,7%
Bastante	66,7%	61,9%	44,7%	100,0%	42,7%	45,8%	60,0%	61,3%	38,9%
Me es indiferente	16,7%	8,3%	4,7%	,0%	6,7%	4,2%	,0%	3,2%	8,1%
Poco	,0%	25,0%	32,9%	,0%	30,3%	33,8%	20,0%	29,0%	42,1%
Nada	,0%	,0%	1,2%	,0%	2,2%	2,8%	,0%	,0%	1,8%
	CRSCO			CRSM			HPH		
	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario	Definido	Indefinido	Honorario
	12,5%	5,9%	11,3%	17,5%	7,7%	13,2%	12,2%	5,6%	20,0%
Bastante	52,5%	70,6%	51,3%	50,9%	30,8%	44,9%	39,0%	46,5%	20,0%
Me es indiferente	7,5%	0,0%	7,5%	1,8%	0,0%	6,6%	8,9%	5,6%	20,0%
Poco	27,5%	23,5%	28,8%	28,1%	46,2%	33,5%	38,2%	40,8%	40,0%
Nada	0,0%	0,0%	1,3%	1,8%	15,4%	1,8%	1,6%	1,4%	0,0%

8 Instrumento Aplicado

A continuación se presenta la encuesta aplicada on-line. Para los tres EE se utilizó el mismo instrumento, lo único que cambia es el nombre de este cuando corresponde. A continuación sólo se presenta uno a modo de ejemplo.

Página

Introducción



Gerencia Salud Consultores

Por encargo de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, se está realizando un estudio que tiene como propósito, analizar el modelo de gestión de los Establecimientos Experimentales: CRS Maipú, CRS Cordillera Oriente y Hospital Padre A. Hurtado.

En ese contexto, se realiza esta encuesta a los usuarios internos de estos establecimientos, para conocer la percepción del personal respecto de aspectos de alta relevancia para el estudio.

Quisiéramos por tanto pedirle su colaboración para que conteste unas preguntas, para lo cual requerirá aproximadamente 10 minutos.

Esta encuesta es anónima y le garantizamos que sus respuestas serán confidenciales y que los resultados serán incluidos y procesados en conjunto y nunca se comunicarán datos individuales.

Su aporte es muy importante, le rogamos que conteste lo que usted realmente piensa. No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo su valiosa opinión.

Muchas gracias por su colaboración.

continuar

1 2 3

GerenciaSalud Consultores - Encuesta : CRS Cordillera

Una vez comenzada la encuesta, no puede volver a páginas anteriores.
La encuesta se reinicia luego de 10 minutos de inactividad.

Sexo

- hombre
 mujer

¿A qué grupo pertenece?

- Administrativo
 Auxiliar
 Médico
 Profesional no médico
 Técnico Paramédico
 Otro

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el CRS Cordillera?

años

¿Sabe que el CRS Cordillera, es un establecimiento experimental del Servicio de Salud, ya que tiene características administrativas distintas al resto de los establecimientos de atención?

- Si
 No
 Algo había escuchado

¿Qué tipo de contrato tiene?

- Definido
 Indefinido
 Honorario

siguiente

Preguntas

Generales

para

todos

1 2 3

GerenciaSalud Consultores - Encuesta : CRS Cordillera

A continuación Ud. encontrará una serie de afirmaciones en las que se espera conocer que tan de acuerdo o en desacuerdo está con lo que ahí se plantea. Por favor lea cuidadosamente cada una de ellas y marque la opción que corresponda a su respuesta dentro de la escala propuesta.

ESCALA DE RESPUESTA:

1	2	3	4	5			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indeciso / Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo			
			1	2	3	4	5
Siento que tengo las capacidades adecuadas para realizar de buena forma mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Considero queuento con todos los conocimientos profesionales para realizar de buena forma mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En el CRS Cordillera todos tenemos las mismas oportunidades de capacitarnos, independiente del grado o modalidad de contrato que se tenga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Considero que mi sueldo está de acuerdo con las responsabilidades que debo cumplir en mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pienso que en el CRS Cordillera los funcionarios son mejor pagados que en los servicios de salud tradicionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mi actual trabajo me tranquiliza en cuanto a mi estabilidad laboral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En el CRS Cordillera <u>no</u> hay igualdad de acceso a los beneficios que recibe el personal contratado y a honorario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Me siento valorado por el CRS Cordillera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Siento que el personal a honorario <u>no</u> es igualmente valorado que el personal contratado en CRS Cordillera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Siento orgullo de pertenecer y trabajar en el CRS Cordillera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Los espacios de participación sirven porque se toma en cuenta la opinión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En general, en el CRS Cordillera se atiende bien a los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Con los mismos recursos actuales (materiales y humanos), es posible mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios si se cambia el modelo de gestión del establecimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos materiales (insumos, infraestructura) del establecimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios depende exclusivamente de aumentar los recursos humanos del establecimiento.	<input type="radio"/>				
Para mejorar la atención entregada a los pacientes / usuarios habría que modificar los procesos y la organización de la atención dentro del establecimiento.	<input type="radio"/>				

¿Existen dentro del CRS Cordillera instancias formales de participación donde todos los funcionarios, independiente de su sistema de contratación, puedan dar su opinión y ser escuchados?

- Si
- No
- No sabe

En los últimos 6 meses ¿ha asistido - usado alguna de las instancias de participación que existen en el CRS Cordillera?

- Si
- No
- No sabe

¿Está de acuerdo con que se evalúe y califique a los trabajadores en el CRS Cordillera?

- Si
- No
- No sabe

¿Tiene claridad acerca de los criterios con que sus jefaturas evalúan su desempeño?

- Si
- No

Más allá de la evaluación anual de desempeño, ¿usted tiene conversaciones con su jefatura para evaluar regularmente la forma como se desempeña en su trabajo?

- Si
- No
- De vez en cuando

¿Cree que la infraestructura, equipamiento y otros recursos existentes en el CRS Cordillera le facilitan su trabajo?

- Mucho
- Bastante
- Me es indiferente
- Poco
- Nada

Califique con una nota de 1 a 7, siendo 1= Muy Malo y 7= Excelente, su desempeño laboral en los siguientes aspectos:

	1	2	3	4	5	6	7
Puntualidad	<input type="radio"/>						
Ausentismo	<input type="radio"/>						
Cumplimiento de tareas	<input type="radio"/>						
Trabajo en Equipo	<input type="radio"/>						
Disposición para asumir nuevas responsabilidades	<input type="radio"/>						

siguiente

GerenciaSalud Consultores - contacto@gsc-encuestas.net - wwwdesign lrpckr

Preguntas

sólo

Personal

a

Contrata

1 2 3

GerenciaSalud Consultores - Encuesta : CRS Cordillera

A continuación Ud. encontrará una serie de afirmaciones en las que se espera conocer que tan de acuerdo o en desacuerdo está con lo que ahí se plantea.

ESCALA DE RESPUESTA:

1	2	3	4	5			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indeciso / Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo			
			1	2	3	4	5
Creo que en el CRS Cordillera tengo posibilidades de ascender en la carrera funcional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Considero que el sistema de evaluación mide realmente mi desempeño y califica mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
El sistema de evaluación me motiva para seguir perfeccionándome y haciendo cada vez mejor mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
En el CRS Cordillera hay suficientes posibilidades de acceder a capacitaciones y cursos de perfeccionamiento para los funcionarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Estoy conforme con los beneficios que me entrega el Sistema de Bienestar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Creo que si me capacito y asumo más responsabilidades, aumenta mi posibilidad de ascender en la carrera funcional y mejorar mi remuneración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

siguiente

1 2 3

GerenciaSalud Consultores - Encuesta : CRS Cordillera

A continuación Ud. encontrará una serie de afirmaciones en las que se espera conocer que tan de acuerdo o en desacuerdo está con lo que ahí se plantea.

ESCALA DE RESPUESTA:

1	2	3	4	5	
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indeciso / Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	
	1	2	3	4	5
Creo que en el CRS Cordillera tengo posibilidades de acceder a un cargo de contrata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso que en CRS Cordillera quienes trabajamos a honorarios estamos en condiciones de inestabilidad respecto de quienes están contratados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que si me capacito y asumo más tareas, aumentan mis posibilidades de obtener un cargo de contrata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

siguiente

Página Final

GerenciaSalud Consultores - Encuesta : Hospital Padre Hurtado

!!! Muchas gracias por su colaboración !!!

Su encuesta ha sido correctamente enviada y registrada.

Sus respuestas han sido de gran ayuda para este trabajo.

finalizar

Si quiere dejar algún comentario, el que desee, de forma anónima y desvinculada con la encuesta que acaba de responder, puede hacerlo en el cuadro inferior.

enviar y finalizar

GerenciaSalud Consultores - contacto@gsc-encuestas.net - wwwdesign lrpckr

Anexos Capítulo 6: Encuesta Usuario Externo

1 Anexos Encuestas Usuario Externo

1.1 Metodología

El cuadro siguiente presenta las variables incluidas en los índices realizados y analizados en el presente documento. El índice es el promedio de las variables que incluye.

Cuadro N° 1.1
Índices creados y variables incluidas. Preguntas Resumen

Índice	Variables incluidas en el Índice y preguntas resumen (PR)
Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud	Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indiquemos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud. Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud	El Sistema de Salud Es moderno El Sistema de Salud Brinda seguridad El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido El Sistema de Salud Es eficiente El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología El Sistema de Salud Es confiable El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos El Sistema de Salud Llega a todas las personas El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad
Índice de Satisfacción con Personal Auxiliar	La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo La amabilidad y cortesía del personal auxiliar La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar) El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar) La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)
PR	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?
Índice de Satisfacción con Personal Profesional	La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional) La amabilidad y cortesía (del personal profesional) La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional) La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional) La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional) El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional) La confianza que le generó (del personal profesional)

PR	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?
Índice de Satisfacción con Tiempos de Espera	El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria
Índice de Satisfacción con Infraestructura	Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención Infraestructura: La comodidad de la sala de espera Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a Infraestructura: La limpieza general del establecimiento Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera Infraestructura: La temperatura de las salas Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera
PR	Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?
Índice de Satisfacción con Áreas de Apoyo	Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS
PR	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?

1.2 Diseño muestral:

La encuesta realizada en el año 2009 señala respecto de este punto: “se realizó un muestreo por conglomerados según unidad territorial-funcional que supone cada uno de los SS del país. Luego se realizó una estratificación según tipo de establecimiento, a saber, hospital o centro de atención primaria. Para el caso de los hospitales, se subdividió en diferentes sub estratos definidos por el tipo de atención que entregan: ambulatorio: total de consultas médicas de especialidades realizadas en establecimiento de nivel secundario, según especialidad.”

Dada la no aplicabilidad de estos criterios para efectos de la definición de la muestra para el presente estudio ya que se parte de un universo diferente, se propone utilizar un muestreo estratificado con afijación proporcional para cada establecimiento. El universo considerado comprende a todas las personas atendidas en forma ambulatoria programada (no de urgencia) que corresponden a los usuarios de los EE durante el 2010. Por ende, se utilizará como marco muestral, la información que entregue cada establecimiento, la cual permitirá obtener el grupo de observaciones (muestra) representativa de la población objetivo a investigar.

Cabe señalar en este punto, que la población que aparece como “beneficiaria” en las estadísticas del MINSAL u otras posibles fuentes de datos, no necesariamente es la población “usuaria” de cada EE; por otro lado, para efectos de este estudio, se considerará solamente a usuarios de atención institucional, es decir, se excluyen aquellos

usuarios de atención privada o modalidad FONASA Libre Elección que se atiendan en los EE.

Los estratos corresponderán a cada establecimiento que se analizará. La selección de la muestra para cada grupo tendrá una afijación proporcional. Es decir, el tamaño de cada estrato de la muestra es proporcional al tamaño del estrato de la población, y por tanto, no se requiere ponderación posterior.

La muestra posee un error muestral del 5% y un nivel de confianza de 95%.

Cuadro N° 1.2

Establecimiento Experimental	Universo	Muestra	Nº encuestados
CRS Maipú	41.285	137	150
CRS Cordillera	32.000	106	116
Hurtado	42.463	141	145
Total	115.748	383	411

2 Instrumento: Encuesta a Usuarios Externos Establecimientos Experimentales

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN CON SISTEMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS ADULTOS

Contactar solo a pacientes de 15 años y más o su acompañante en caso de menores de 15 años siempre que ya haya sido atendido.

Buenos días/tardes. Mi nombre es y soy encuestador de Gerencia Salud Consultores, empresa que realiza un estudio para el Ministerio de Hacienda. Estamos evaluando la satisfacción de los usuarios de algunos hospitales y centros de atención, para lo cual le solicitamos su participación contestándonos algunas preguntas.

Esta encuesta busca conocer el grado de satisfacción o insatisfacción de los usuarios con el establecimiento, con el fin de identificar aquellos aspectos positivos y negativos que permitan cambiar lo necesario para entregar un mejor servicio. La duración es de aproximadamente de 15 minutos. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Lo que realmente nos interesa es su opinión.

Gracias.

DATOS DEL ENTREVISTADO							
¿Qué edad tiene Ud.?							
Calidad Usuario	Paciente → 1	Acompañante (de menor de 15 años) → 2					
¿Cuántas veces ha venido a atenderse a este centro de atención?							
Masculino → 1		Femenino → 2					
¿Ud. pertenece o se identifica con algún pueblo originario?		No → 1	Si → 2		¿Con cuál?		
Según esta tarjeta, ¿qué previsión tiene Ud.?	A → 1	Fonasa	Fonasa	Fonasa	Fonasa	Isapre	Particular → 6 → 7
¿En qué Centro de Salud está Inscrito?							
¿En qué comuna vive?							

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN			
CENTRO ASISTENCIAL	Hospital Padre Hurtado → 1	CRS Maipú → 2	CRS Cordillera → 3

SATISFACCIÓN GLOBAL

Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "Muy Insatisfecho" y 7 que usted está "Muy Satisfecho", por favor conteste las siguientes preguntas:

1.- Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indiquemos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.

Muy Insatisfecho/a				Muy Satisfecho/a		
1	2	3	4	5	6	7

PERCEPCIÓN DE VALOR

2.- Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?

Muy Insatisfecho/a			Muy Satisfecho/a			
1	2	3	4	5	6	7

IMAGEN DEL SISTEMA

3.- Al igual que en el colegio, ¿Qué nota, de 1 a 7, le colocaría Ud. al Sistema de Salud en cuanto a que (LEER FRASES)?

	El Sistema de Salud... (repetir en cada frase que sigue)	Nota							NS/NC
		1	2	3	4	5	6	7	
1	Es moderno	1	2	3	4	5	6	7	9
2	Brinda seguridad	1	2	3	4	5	6	7	9
3	Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido	1	2	3	4	5	6	7	9
4	Es eficiente	1	2	3	4	5	6	7	9
5	Tiene un buen nivel de tecnología	1	2	3	4	5	6	7	9
6	Es confiable	1	2	3	4	5	6	7	9
7	Cuenta con una infraestructura adecuada	1	2	3	4	5	6	7	9
8	Cumple con mejorar la salud de los chilenos	1	2	3	4	5	6	7	9
9	Llega a todas las personas	1	2	3	4	5	6	7	9
10	Entrega una atención de calidad	1	2	3	4	5	6	7	9

Ahora le consultaré acerca de su grado de satisfacción o insatisfacción con algunos aspectos específicos del servicio de salud que usted ha recibido en esta oportunidad.

PRE-ATENCIÓN

4.- ¿Cómo obtuvo la hora para que lo/a atendieran hoy?

Llamó por teléfono	→ 1
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	→ 2
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	→ 3
Vine en interconsulta	→ 4
Otra (especificar):	→ 5

5.- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)?

	Días	Meses
--	------	-------

6.- ¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?

Muy Insatisfecho/a	Muy Satisfecho/a
--------------------	------------------

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ATENCIÓN

7.- Pensando ahora en el **Personal Auxiliar** que lo/a atendió, ¿Me podría decir cuán satisfecho está en cuanto a...?

		Muy Insatisfecho/a		Muy Satisfecho/a			NS/NC	No Aplica		
		1	2	3	4	5	6	7		
1	La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo	1	2	3	4	5	6	7	9	0
2	La amabilidad y cortesía del personal	1	2	3	4	5	6	7	9	0
3	La capacidad para responder sus consultas	1	2	3	4	5	6	7	9	0
4	El interés para dar soluciones a los problemas	1	2	3	4	5	6	7	9	0
5	La preocupación y dedicación entregada	1	2	3	4	5	6	7	9	0
6	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?	1	2	3	4	5	6	7	9	0

8.- Y respecto al **Personal Profesional** que lo atendió, ¿Me podría decir cuán satisfecho está en cuanto a...?

		Muy Insatisfecho/a				Muy Satisfecho/a			NS/NC	No Aplica
		1	2	3	4	5	6	7		
1	La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo	1	2	3	4	5	6	7	9	0
2	La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	9	0
3	La amabilidad y cortesía	1	2	3	4	5	6	7	9	0
4	La preocupación y dedicación entregada	1	2	3	4	5	6	7	9	0
5	La disposición a atender sus dudas y consultas	1	2	3	4	5	6	7	9	0
6	La explicación de los exámenes que debe realizarse	1	2	3	4	5	6	7	9	0
7	El tiempo dedicado a atenderlo	1	2	3	4	5	6	7	9	0
8	La confianza que le generó	1	2	3	4	5	6	7	9	0
9	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?	1	2	3	4	5	6	7	9	0

9.- ¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación?

	Minutos
--	---------

10.- Ahora hablemos de los **tiempo de espera**, ¿Me podría decir cuán satisfecho está en cuanto a...?

		Muy Insatisfecho/a							Muy Satisficho/a	NS/NC	No Aplica
1	El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
2	El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria	1	2	3	4	5	6	7	9	0	

INFRAESTRUCTURA

11.- Ahora hablemos de la infraestructura, es decir, de los baños, la sala de espera, la sala de consultas, etc. ¿Me podría decir cuán satisfecho está usted en esta oportunidad que vino en cuanto a...?

		Muy Insatisfecha							Muy Satisficha	NS/NC	No Aplica
1	La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
2	La comodidad de la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
3	La privacidad de la consulta en que fue atendido/a	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
4	La limpieza general del establecimiento	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
5	Los asientos disponibles en la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
6	La temperatura de las salas	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
7	La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
8	La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	9	0	
9	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud ?	1	2	3	4	5	6	7	9	0	

ÁREAS DE APOYO

12.- Ahora hablemos de las Áreas de apoyo, ¿Me podría decir cuán satisfecho está en cuanto a...?

		Muy Insatisfecha				Muy Satisfecha			NS/NC	No Aplica
1	La atención telefónica al solicitar la hora	1	2	3	4	5	6	7	9	0
2	La atención en Admisión – SOME	1	2	3	4	5	6	7	9	0
3	La orientación de la oficina de informaciones – OIRS	1	2	3	4	5	6	7	9	0
4	Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?	1	2	3	4	5	6	7	9	0

POST-ATENCIÓN

13.- ¿Me podría decir cuán satisfecho está en cuanto a...?

		Muy Insatisfecha				Muy Satisfecha			NS/NC	No Aplica
1	La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	9	0

SATISFACCIÓN GLOBAL POSTERIOR

14.- Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad

Muy Insatisfecho	Muy Satisfecho
1	2

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

15.- ¿Sabe cómo hacer para presentar un reclamo?

Si	→ 1
No	→ 2

16.- ¿Me podría mencionar si ha tenido usted algún problema en este establecimiento de salud?

Si	→ 1
No	→ 2
No sabe/No contesta	→ 3

Sólo si responde "si" en la pregunta nº16 continuar con las siguientes tres preguntas, si no pasar a la pregunta nº20

17.- ¿Informó del problema que tuvo en el establecimiento?

Si	→ 1
No	→ 2

No sabe/No contesta	→ 3
---------------------	-----

18.- ¿Su problema fue solucionado?

Si	→ 1
No	→ 2
No sabe/No contesta	→ 3

19.- Usando la escala de notas de 1 a 7, ¿qué tan satisfecho/a quedó con la capacidad del establecimiento de salud para dar solución a sus problemas?

Muy Insatisfecho			Muy Satisfecho			
1	2	3	4	5	6	7

OTROS

20.- ¿Cuántas veces se ha atendido en este Centro de Salud por consultas médicas durante el último año?

21.- ¿Con qué funcionarios y/o profesionales se atendió hoy? ¿Algún otro?

Médico	→ 1
Enfermera	→ 2
Matrona	→ 3
Psicólogo/a	→ 4
Nutricionista	→ 5
Kinesiólogo	→ 6
Odontólogo	→ 7
Técnico Paramédico	→ 8
Personal del SOME	→ 9
Personal del OIRS	→ 10
Guardia	→ 11
Asistente Social	→ 12
Terapeuta Ocupacional	→ 13
Otros	→ 14

Muy bien, hemos terminado. No me queda más que agradecerle por su ayuda

2.1 Manual del Encuestador

Estimado encuestador de *Gerencia Salud Consultores (GSC)*:

A continuación encontrarás una serie de especificaciones para la realización de la encuesta a usuarios externos de los Establecimientos Experimentales: Hospital Padre Hurtado, Centro de Referencia en Salud Cordillera Oriente y Centro de Referencia en Salud Maipú (HPH, CRSCO y CRSM respectivamente).

Esta encuesta deberá aplicarse **sólo a pacientes que ya hayan sido atendidos** o a los acompañantes de aquellos pacientes menores de 15 años. Por otro lado, sólo se debe encuestar a pacientes que sean atendidos en modalidad institucional, por lo que deben saber los horarios y lugares donde éstos están. Esta debe ser realizada dentro del recinto del establecimiento, para lo que se sugiere hacerlo en zonas donde el paciente pueda ir luego de ser atendido (como farmacia o SOME) o en la sala de espera.

La encuesta consta de 6 páginas y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Las preguntas deben ser leídas por el encuestador y puestas las respuestas en la hoja de la manera más clara posible, para facilitar su digitación. Los números que se encuentran en las diferentes casillas son para la codificación de la encuesta y no deben ser leídas al paciente. Los títulos de los diferentes apartados tampoco deben ser leídos al paciente. Se les pide que lean atentamente la encuesta antes de comenzar a aplicarla. Si tienen cualquier duda, por favor contactarse con GSC. En caso que el paciente pregunta quién encarga el estudio, debe responderse que es el propio establecimiento de salud.

Aspectos Específicos de la Encuesta:

Se les proveerá de una tarjeta en donde se identifiquen los diferentes sistemas de previsión, para llenar el cuadro de “DATOS DEL ENTREVISTADO”. Esta puede ser mostrada o leída al paciente.

En las tablas: “NS/NC”: corresponde a “no sabe / no contesta”

“No Aplica”: corresponde a cuando la pregunta no puede ser contestada porque el paciente no ha pasado por ese procedimiento o no ha visto al profesional/servicio al que se hace referencia. Es importante distinguirlo del “NS/NC”.

En gran parte de la encuesta se utiliza una escala de satisfacción que va de 1 a 7, donde 1 significa "Muy Insatisfecho" y 7 "Muy Satisfecho", utilizando el siguiente cuadro:

Muy Insatisfecho/a				Muy Satisfecho/a		
1	2	3	4	5	6	7

Esta escala debe ser recordada al paciente cada vez que se considere necesario.

Para responder a las preguntas en el punto 7, el **Personal Auxiliar** se refiere a los auxiliares de servicio y técnicos paramédicos.

Para responder a preguntas en punto 8, el **Personal Profesional** se refiere a médicos, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, etc. En fin, los profesionales de salud que trabajen en el establecimiento.

Para responder a las preguntas en el punto 12, las **Áreas de apoyo** se refieren a: secretaria, recepcionista, Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME); en el fondo es la persona que está detrás del mesón en el establecimiento y al personal de atención telefónica.

Se les agradece su aporte a GSC y a este estudio.

3 Análisis Comparativo tres Establecimientos Experimentales y Muestra Establecimientos NO Experimentales

A continuación se presentaran por una lado los cuadros comparativas entre EE y por otro, los cuadros para los NO EE, según SS. Es importante tener en consideración que la composición de la muestra, para cada servicio, es la siguiente:

- SS Metropolitano Occidente (SSMOcc): Hospital San José de Melipilla y Hospital Félix Bulnes
- SS Metropolitano Central (SSMC): Hospital San Borja Arriarán
- SS Metropolitano Oriente (SSMO): Instituto de Neurocirugía y Hospital Salvador.
- SS Araucanía Sur (SSAS): Hospital Hernán Henríquez, Temuco

Los cuadros que se presentan a continuación, para el análisis comparativo y para cada uno de los EE, son cuadros exhaustivos, que permiten tener una visión en detalle de aquellos que respondieron para cada variable. Estos son complementarios al análisis presentado anteriormente, que se sustenta por sí sólo.

3.1 Descripción de la Muestra

**Cuadro N° 3.1
Porcentaje de encuestados según SS y grupo etario**

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total NO EE
Menor de 18 años	1,0%	2,8%	5,6%	10,0%	5,3%
Entre 19 y 30 años	17,2%	18,8%	6,8%	15,4%	15,1%
Entre 31 y 45 años	29,4%	33,3%	21,2%	27,2%	28,3%
Entre 46 y 60 años	31,9%	24,8%	25,6%	28,0%	27,1%
Mayor de 61 años	20,6%	20,3%	40,8%	19,3%	24,2%
Total NO EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.2

¿Cuántas veces se ha atendido en este Centro de Salud por consultas médicas durante el último año?

	CRSM	CRSCO	HPH	Total NO EE
1 o 2 veces	38,7%	48,3%	44,8%	43,6%
3 a 5 veces	38,0%	36,2%	27,6%	33,8%
6 a 10 veces	21,3%	14,7%	22,1%	19,7%
11 a 15 veces	2,0%	0,9%	4,1%	2,4%
16 a 20 veces			0,7%	0,2%
Más de 21 veces			0,7%	0,2%
Total NO EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Cuadro N° 3.3

Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indiquemos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	3,3%	0,9%	2,1%	2,2%
Satisfacción Media	46,0%	17,2%	39,3%	35,5%
Satisfacción Alta	50,7%	81,9%	58,6%	62,3%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total EE
Satisfacción Baja	7,3%	14,2%	7,2%	10,0%	10,3%
Satisfacción Media	44,9%	48,4%	35,2%	39,6%	42,4%
Satisfacción Alta	47,8%	37,4%	57,6%	50,5%	47,3%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.4

Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	2,7%	0,9%	2,1%	1,9%
Satisfacción Media	47,3%	19,8%	35,2%	35,3%
Satisfacción Alta	50,0%	79,3%	62,8%	62,8%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.3 Imagen del Sistema de Salud (sólo EE)

Cuadro N° 3.5

El Sistema de Salud Es moderno

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	2,0%	0,9%	0,7%	1,3%
Satisfacción Media	47,0%	1,9%	37,4%	31,4%
Satisfacción Alta	51,0%	97,2%	61,9%	67,3%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.6

El Sistema de Salud Brinda seguridad

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	7,3%	1,7%	1,4%	3,6%
Satisfacción Media	40,7%	0,9%	29,0%	25,3%
Satisfacción Alta	52,0%	97,4%	69,7%	71,0%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.7**El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido**

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	19,3%	18,1%	14,5%	17,3%
Satisfacción Media	60,7%	32,8%	66,2%	54,7%
Satisfacción Alta	20,0%	49,1%	19,3%	28,0%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.8**El Sistema de Salud Es eficiente**

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	7,3%	5,2%	1,4%	4,6%
Satisfacción Media	56,0%	19,8%	45,5%	42,1%
Satisfacción Alta	36,7%	75,0%	53,1%	53,3%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.9**El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología**

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	1,6%	1,0%	0,8%	1,1%
Satisfacción Media	42,6%	2,9%	30,1%	26,8%
Satisfacción Alta	55,8%	96,1%	69,2%	72,1%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.10
El Sistema de Salud Es confiable

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	4,0%	0,9%	1,4%	2,2%
Satisfacción Media	44,0%	1,7%	37,2%	29,8%
Satisfacción Alta	52,0%	97,4%	61,4%	68,0%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.11
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	2,0%	1,8%	0,8%	1,5%
Satisfacción Media	41,9%	1,8%	30,8%	26,8%
Satisfacción Alta	56,1%	96,4%	68,4%	71,7%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.12
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	6,3%	3,7%	4,5%	4,9%
Satisfacción Media	44,9%	26,2%	40,5%	37,7%
Satisfacción Alta	48,8%	70,1%	55,0%	57,4%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.13
El Sistema de Salud Llega a todas las personas

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	15,5%	10,4%	15,9%	13,9%
Satisfacción Media	38,1%	39,6%	39,8%	39,1%
Satisfacción Alta	46,4%	50,0%	44,3%	47,0%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.14
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	5,4%	3,4%	2,1%	3,7%
Satisfacción Media	43,6%	6,0%	35,5%	30,0%
Satisfacción Alta	51,0%	90,5%	62,4%	66,3%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.15
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	6,0%	0,9%	4,1%	3,9%
Satisfacción Media	75,3%	25,0%	67,6%	58,4%
Satisfacción Alta	18,7%	74,1%	28,3%	37,7%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.4 Pre - Atención

Cuadro N° 3.16
¿Cómo obtuvo la hora para que lo/a atendieran hoy?

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Llamó por teléfono	4,7%	9,5%	1,4%	4,9%
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	14,7%	33,6%	18,6%	21,4%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	23,3%	34,5%	33,1%	29,9%
Viene en interconsulta	57,3%	22,4%	46,9%	43,8%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total NO EE
Llamó por teléfono	2,9%	5,2%	3,2%	1,5%	3,3%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	69,9%	55,9%	70,0%	59,7%	62,2%
Viene en interconsulta	26,2%	37,7%	24,4%	36,3%	32,7%
Otro	1,0%	1,0%	2,4%	1,5%	1,4%
No Contesta		0,2%		1,0%	0,4%
Total NO EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.17

¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	20,7%	8,6%	7,6%	12,7%
Satisfacción Media	48,7%	43,1%	57,2%	50,1%
Satisfacción Alta	30,7%	48,3%	35,2%	37,2%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total NO EE
Satisfacción Baja	14,5%	20,0%	12,1%	10,6%	14,6%
Satisfacción Media	18,3%	30,9%	17,5%	18,0%	22,1%
Satisfacción Alta	67,2%	49,1%	70,4%	71,4%	63,4%
Total NO EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.18

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)? (en días)

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Hasta 1 semana	6,0%	1,7%	2,8%	3,6%
Entre 1 y 2 semanas	12,7%	6,9%	10,3%	10,2%
Entre 2 y 3 semanas	20,7%	20,7%	26,2%	22,6%
Entre 3 y 5 semanas	21,3%	35,3%	28,3%	27,7%
Entre 5 y 7 semanas	7,3%	18,1%	10,3%	11,4%
Entre 7 y 10 semanas	10,7%	10,3%	9,0%	10,0%
entre 10 y 14 semanas	5,3%	3,4%	3,4%	4,1%
Entre 14 y 29 semanas	10,7%	2,6%	8,3%	7,5%
Más de 29 semanas	5,3%	0,9%	1,4%	2,7%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	Total NO EE
Hasta 1 semana	31,2%	19,5%	24,8%	16,4%	21,6%
Entre 1 y 2 semanas	10,4%	4,6%	8,9%	4,3%	6,4%
Entre 2 y 3 semanas	8,9%	11,1%	6,5%	11,8%	10,0%
Entre 3 y 5 semanas	21,8%	18,8%	24,4%	28,2%	23,3%
Entre 5 y 7 semanas	0,5%	1,5%	2,0%	0,5%	1,2%
Entre 7 y 10 semanas	5,4%	12,1%	9,8%	11,3%	10,3%
entre 10 y 14 semanas	7,9%	8,5%	9,3%	9,1%	8,8%
Entre 14 y 29 semanas	4,5%	11,6%	8,5%	10,8%	9,5%
Más de 29 semanas	9,4%	12,3%	5,7%	7,5%	9,0%
Total NO EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.5 Atención

3.5.1 Personal Auxiliar

Cuadro N° 3.19
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo

	CRSM	CRSCO	HPH	Total EE
Satisfacción Baja	3,1%	1,1%	1,5%	2,0%
Satisfacción Media	48,4%	2,2%	40,9%	33,5%
Satisfacción Alta	48,4%	96,7%	57,6%	64,5%
Total EE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	2,6%	11,1%	5,6%	8,1%	7,1%
Satisfacción Media	14,3%	46,7%	19,4%	27,3%	27,8%
Satisfacción Alta	83,1%	42,2%	75,0%	64,6%	65,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.20
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,0%		3,4%	2,0%
Satisfacción Media	25,3%	6,3%	33,8%	23,1%
Satisfacción Alta	72,7%	93,8%	62,8%	74,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	3,8%	4,4%	6,8%	7,1%	5,6%
Satisfacción Media	12,7%	34,1%	11,0%	11,1%	17,5%
Satisfacción Alta	83,5%	61,5%	82,2%	81,8%	76,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.21
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,7%		3,4%	2,2%
Satisfacción Media	26,0%	6,3%	38,6%	25,1%
Satisfacción Alta	71,3%	93,7%	57,9%	72,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	5,1%	2,2%	6,8%	6,1%	5,0%
Satisfacción Media	12,7%	37,4%	16,4%	16,2%	21,1%
Satisfacción Alta	82,3%	60,4%	76,7%	77,8%	74,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.22
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	0,7%	1,9%	5,5%	2,8%
Satisfacción Media	32,2%	3,8%	39,3%	27,3%
Satisfacción Alta	67,1%	94,3%	55,2%	70,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	5,1%	4,4%	5,5%	10,3%	6,5%
Satisfacción Media	16,5%	41,8%	15,1%	14,4%	22,4%
Satisfacción Alta	78,5%	53,8%	79,5%	75,3%	71,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.23
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	3,3%	0,9%	6,2%	3,7%
Satisfacción Media	30,0%	1,8%	38,6%	25,4%
Satisfacción Alta	66,7%	97,3%	55,2%	70,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No hay datos para esta variable en la muestra de los NO EE.

Cuadro N° 3.24
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,0%	0,9%	4,1%	2,5%
Satisfacción Media	31,3%	2,7%	40,0%	26,5%
Satisfacción Alta	66,7%	96,4%	55,9%	71,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	Total
Satisfacción Baja	2,5%	2,2%	6,8%	5,1%	4,1%
Satisfacción Media	15,0%	48,9%	13,7%	22,4%	25,8%
Satisfacción Alta	82,5%	48,9%	79,5%	72,4%	70,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.25
Índice de Satisfacción: Personal Auxiliar

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,7%	3,4%	6,2%	4,1%
Satisfacción Media	44,0%	5,2%	45,5%	33,6%
Satisfacción Alta	53,3%	91,4%	48,3%	62,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	Total
Satisfacción Baja	2,5%	6,6%	6,8%	7,1%	5,8%
Satisfacción Media	22,8%	47,3%	17,8%	27,3%	29,5%
Satisfacción Alta	74,7%	46,2%	75,3%	65,7%	64,6%

3.5.2 *Personal Profesional*

Cuadro N° 3.26
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	16,9%	4,5%	3,4%	8,5%
Satisfacción Media	50,8%	33,3%	55,9%	47,0%
Satisfacción Alta	32,3%	62,2%	40,7%	44,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	4,0%	13,0%	4,7%	9,0%	8,6%
Satisfacción Media	15,1%	33,2%	15,5%	25,8%	24,4%
Satisfacción Alta	80,9%	53,9%	79,7%	65,2%	67,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.27
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	9,3%		3,4%	4,6%
Satisfacción Media	35,3%	0,9%	19,3%	20,0%

Satisfacción Alta	55,3%	99,1%	77,2%	75,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	5,4%	4,3%	2,0%	3,3%	3,7%
Satisfacción Media	13,9%	18,7%	10,2%	12,3%	14,1%
Satisfacción Alta	80,7%	77,0%	87,8%	84,5%	82,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 3.28
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)**

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	8,1%		2,8%	3,9%
Satisfacción Media	33,6%	0,9%	14,5%	17,6%
Satisfacción Alta	58,4%	99,1%	82,8%	78,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	3,9%	3,3%	1,2%	2,7%	2,8%
Satisfacción Media	7,3%	16,2%	4,0%	7,7%	9,6%
Satisfacción Alta	88,8%	80,5%	94,8%	89,5%	87,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 3.29
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)**

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	9,4%	0,9%	4,1%	5,1%
Satisfacción Media	34,2%	3,4%	18,6%	20,0%
Satisfacción Alta	56,4%	95,7%	77,2%	74,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	4,9%	2,6%	2,4%	2,0%	2,7%
Satisfacción Media	8,8%	17,9%	7,2%	12,3%	12,5%
Satisfacción Alta	86,3%	79,5%	90,4%	85,7%	84,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.30
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	10,7%		4,1%	5,4%
Satisfacción Media	33,6%	5,2%	21,4%	21,2%
Satisfacción Alta	55,7%	94,8%	74,5%	73,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	5,9%	3,6%	2,4%	3,5%	3,7%
Satisfacción Media	8,4%	19,3%	9,2%	12,0%	13,2%
Satisfacción Alta	85,7%	77,1%	88,4%	84,5%	83,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.31
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	10,0%		3,5%	4,9%
Satisfacción Media	36,0%	5,2%	28,7%	24,7%
Satisfacción Alta	54,0%	94,8%	67,8%	70,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	5,8%	4,3%	2,4%	3,5%	3,9%
Satisfacción Media	8,3%	18,5%	12,1%	12,0%	14,0%
Satisfacción Alta	86,0%	77,2%	85,5%	84,5%	82,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.32
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	16,0%	1,7%	9,0%	9,5%
Satisfacción Media	40,7%	25,9%	32,4%	33,6%
Satisfacción Alta	43,3%	72,4%	58,6%	56,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	6,8%	6,9%	3,6%	4,5%	5,5%
Satisfacción Media	9,8%	21,9%	12,0%	11,3%	14,5%
Satisfacción Alta	83,4%	71,2%	84,4%	84,2%	80,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.33
La confianza que le generó (del personal profesional)

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	10,7%		2,1%	4,6%
Satisfacción Media	36,7%	2,6%	25,5%	23,1%
Satisfacción Alta	52,7%	97,4%	72,4%	72,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	7,3%	5,1%	2,4%	4,0%	4,6%
Satisfacción Media	7,8%	16,8%	7,2%	9,0%	10,9%
Satisfacción Alta	85,0%	78,2%	90,4%	87,0%	84,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.34
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	8,7%		2,8%	4,1%
Satisfacción Media	40,7%	6,1%	24,1%	25,1%
Satisfacción Alta	50,7%	93,9%	73,1%	70,7%

	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	--------	--------	--------	--------

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total
Satisfacción Baja	5,3%	2,6%	1,6%	2,0%	2,6%
Satisfacción Media	9,2%	19,9%	9,2%	11,8%	13,4%
Satisfacción Alta	85,4%	77,5%	89,2%	86,3%	84,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.35
Índice de Satisfacción: Personal Profesional

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	14,0%		4,8%	6,8%
Satisfacción Media	47,3%	6,9%	37,2%	32,4%
Satisfacción Alta	38,7%	93,1%	57,9%	60,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total
Satisfacción Baja	5,3%	5,3%	2,4%	3,0%	4,0%
Satisfacción Media	15,0%	28,8%	14,0%	20,0%	20,8%
Satisfacción Alta	79,6%	65,9%	83,6%	77,1%	75,3%

3.5.3 *Tiempo de Espera*

Cuadro N° 3.36
El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total
Satisfacción Baja	17,1%	34,6%	10,8%	18,2%	21,8%
Satisfacción Media	23,9%	42,9%	26,5%	27,9%	31,7%
Satisfacción Alta	59,0%	22,6%	62,7%	53,9%	46,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.37

El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	15,5%	34,4%	10,3%	19,1%	21,7%
Satisfacción Media	25,7%	40,0%	31,4%	28,7%	32,3%
Satisfacción Alta	58,7%	25,6%	58,3%	52,1%	46,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.38

¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación? (en minutos)

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Hasta 30 minutos	50,0%	19,5%	39,9%	25,7%	30,5%
Entre 30 min y 1 hr	5,9%	5,3%	8,5%	8,1%	6,9%
Entre 1 hr y 1,5 hrs	9,3%	8,5%	6,9%	15,3%	10,5%
Entre 1,5 hrs y 2 hrs	9,8%	16,8%	19,4%	10,9%	14,3%
Entre 2 hrs y 2,5 hrs	5,4%	9,0%	4,8%	5,3%	6,4%
Entre 2,5 hrs y 3 hrs	4,4%	3,5%	2,8%	9,2%	5,3%
Más de 3 hrs	15,2%	37,3%	17,7%	25,4%	26,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.39
Índice de Satisfacción: Tiempo de Espera

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total
Satisfacción Baja	17,0%	35,0%	11,6%	18,5%	22,1%
Satisfacción Media	25,7%	45,8%	33,2%	32,4%	35,7%
Satisfacción Alta	57,3%	19,3%	55,2%	49,1%	42,2%

3.6 Infraestructura

Cuadro N° 3.40
Infraestructura: La orientación que le dio la señalización o letreros dentro del Centro de Atención

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja		3,9%		1,0%
Satisfacción Media	12,1%	9,7%	0,7%	7,3%
Satisfacción Alta	87,9%	86,4%	99,3%	91,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	4,4%	6,1%	7,1%	3,3%	5,1%
Satisfacción Media	25,1%	25,9%	27,2%	16,4%	23,0%
Satisfacción Alta	70,4%	68,0%	65,7%	80,3%	71,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.41
Infraestructura: La comodidad de la sala de espera

	CRSM	CRSCO	HPH		
Satisfacción Baja	2,0%	0,9%	3,4%	2,2%	
Satisfacción Media	30,0%	36,2%	37,9%	34,5%	
Satisfacción Alta	68,0%	62,9%	58,6%	63,3%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	7,8%	7,2%	12,4%	6,0%	8,0%
Satisfacción Media	27,8%	38,2%	35,6%	24,9%	31,7%
Satisfacción Alta	64,4%	54,6%	52,0%	69,1%	60,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.42
Infraestructura: La privacidad de la consulta en que fue atendido/a

	CRSM	CRSCO	HPH		
Satisfacción Baja	1,3%	0,9%		0,7%	
Satisfacción Media	13,3%	6,9%	8,3%	9,7%	
Satisfacción Alta	85,3%	92,2%	91,7%	89,5%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	5,3%	6,0%	4,8%	2,0%	4,4%
Satisfacción Media	10,2%	24,1%	20,0%	12,8%	17,4%
Satisfacción Alta	84,5%	69,8%	75,2%	85,3%	78,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.43
Infraestructura: La limpieza general del establecimiento

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	0,7%		1,4%	0,7%
Satisfacción Media	26,4%	14,7%	30,6%	24,5%
Satisfacción Alta	73,0%	85,3%	68,1%	74,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	8,3%	7,8%	5,2%	3,0%	5,8%
Satisfacción Media	23,9%	41,0%	29,4%	18,5%	28,7%
Satisfacción Alta	67,8%	51,3%	65,3%	78,6%	65,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.44
Infraestructura: Los asientos disponibles en la sala de espera

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,7%	2,6%	11,8%	5,9%
Satisfacción Media	35,6%	31,9%	47,2%	38,6%
Satisfacción Alta	61,7%	65,5%	41,0%	55,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	8,8%	16,1%	14,0%	8,0%	11,9%
Satisfacción Media	30,7%	42,3%	34,8%	29,6%	34,8%
Satisfacción Alta	60,5%	41,6%	51,2%	62,4%	53,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.45
Infraestructura: La temperatura de las salas

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	0,7%	0,9%	0,7%	0,7%
Satisfacción Media	20,3%	3,4%	12,5%	12,7%
Satisfacción Alta	79,1%	95,7%	86,8%	86,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	8,8%	7,8%	11,6%	3,5%	7,3%
Satisfacción Media	23,4%	24,8%	30,4%	16,2%	22,9%
Satisfacción Alta	67,8%	67,4%	58,0%	80,3%	69,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.46
Infraestructura: La cantidad, limpieza y ubicación de los baños disponibles

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	1,5%	6,1%	15,4%	7,8%
Satisfacción Media	45,1%	19,3%	42,6%	36,6%
Satisfacción Alta	53,4%	74,6%	41,9%	55,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	41,4%	34,6%	54,9%	22,8%	35,1%
Satisfacción Media	36,4%	42,4%	28,8%	47,9%	41,0%
Satisfacción Alta	22,1%	23,1%	16,3%	29,4%	23,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.47

Infraestructura: La presencia de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	0,7%	7,8%	34,8%	14,4%
Satisfacción Media	20,0%	35,3%	42,8%	32,2%
Satisfacción Alta	79,3%	56,9%	22,5%	53,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	27,5%	24,3%	26,8%	17,7%	23,1%
Satisfacción Media	39,8%	41,3%	39,3%	30,3%	37,1%
Satisfacción Alta	32,7%	34,5%	33,9%	52,0%	39,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.48

Infraestructura: Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la infraestructura del Centro de Salud?

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	0,7%		0,7%	0,5%
Satisfacción Media	28,2%	16,4%	39,3%	28,8%
Satisfacción Alta	71,1%	83,6%	60,0%	70,7%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	Total
Satisfacción Baja	9,3%	6,5%	6,4%	9,6%	7,9%
Satisfacción Media	35,6%	50,9%	53,6%	30,7%	42,6%
Satisfacción Alta	55,1%	42,6%	40,0%	59,6%	49,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 3.49
Índice de Satisfacción: Infraestructura**

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja		0,9%	1,4%	0,7%
Satisfacción Media	48,0%	21,6%	53,1%	42,3%
Satisfacción Alta	52,0%	77,6%	45,5%	56,9%

	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	--------	--------	--------	--------

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total
Satisfacción Baja	10,2%	9,7%	12,0%	4,7%	8,7%
Satisfacción Media	51,9%	63,1%	54,8%	47,8%	54,7%
Satisfacción Alta	37,9%	27,2%	33,2%	47,5%	36,6%

3.7 Áreas de Apoyo

Cuadro N° 3.50
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	6,3%	35,8%	27,3%	24,3%
Satisfacción Media	16,7%	28,4%	48,5%	29,1%
Satisfacción Alta	77,1%	35,8%	24,2%	46,6%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja		49,4%		28,6%	45,5%
Satisfacción Media	20,0%	25,0%		19,0%	24,0%
Satisfacción Alta	80,0%	25,6%	100,0%	52,4%	30,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.51
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	1,4%	1,1%	1,4%	1,3%
Satisfacción Media	29,3%	23,6%	26,8%	27,0%
Satisfacción Alta	69,4%	75,3%	71,8%	71,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	5,5%	19,8%	6,7%	4,2%	13,3%
Satisfacción Media	20,3%	32,5%	20,0%	14,6%	26,4%
Satisfacción Alta	74,2%	47,8%	73,3%	81,3%	60,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.52
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,7%		1,7%	1,5%
Satisfacción Media	13,5%	16,2%	22,2%	17,4%
Satisfacción Alta	83,8%	83,8%	76,1%	81,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	8,3%	17,8%		5,9%	16,6%
Satisfacción Media		34,1%		35,3%	32,5%
Satisfacción Alta	91,7%	48,1%	100,0%	58,8%	50,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.53
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,0%		0,7%	1,0%
Satisfacción Media	25,9%	22,1%	25,0%	24,6%
Satisfacción Alta	72,1%	77,9%	74,3%	74,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Satisfacción Baja	4,2%	14,5%	3,6%	7,0%	8,4%
Satisfacción Media	22,0%	42,0%	11,4%	20,4%	26,1%
Satisfacción Alta	73,8%	43,5%	84,9%	72,7%	65,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.54
Índice de Satisfacción: Áreas de Apoyo

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	2,7%	15,5%	4,1%	6,8%
Satisfacción Media	30,0%	30,2%	29,0%	29,7%
Satisfacción Alta	67,3%	54,3%	66,9%	63,5%

	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	--------	--------	--------	--------

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	Total
Satisfacción Baja	5,4%	22,6%	6,5%	9,5%	15,8%
Satisfacción Media	20,8%	38,7%	19,6%	17,5%	30,6%
Satisfacción Alta	73,8%	38,7%	73,9%	73,0%	53,6%

3.8 Post - Atención

Cuadro N° 3.55

Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	4,0%			1,5%
Satisfacción Media	28,2%	2,6%	14,6%	16,1%
Satisfacción Alta	67,8%	97,4%	85,4%	82,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	4,2%	5,9%	2,2%	6,6%	5,1%
Satisfacción Media	36,0%	29,9%	37,1%	36,2%	34,4%
Satisfacción Alta	59,8%	64,2%	60,7%	57,3%	60,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.9 Satisfacción Global Posterior

Cuadro N° 3.56

Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad

	CRSM	CRSCO	HPH	
Satisfacción Baja	6,7%		4,1%	3,9%
Satisfacción Media	39,3%	12,1%	20,7%	25,1%
Satisfacción Alta	54,0%	87,9%	75,2%	71,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Satisfacción Baja	3,9%	5,2%	2,8%	3,0%	3,8%
Satisfacción Media	23,3%	39,7%	17,3%	25,5%	28,0%
Satisfacción Alta	72,8%	55,1%	79,9%	71,5%	68,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.10 Solución de Problemas

Los detalles para los EE se encuentran en el análisis realizado.

**Cuadro N° 3.57
¿Sabe cómo presentar un reclamo?**

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCANIA SUR	
Si	39,1%	23,2%	27,2%	34,6%	30,2%
No	60,9%	76,8%	72,4%	65,2%	69,7%
No sabe / No recuerda			0,4%	0,2%	0,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.58
¿Ha tenido usted algún problema en este establecimiento de salud?

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Si	8,7%	13,0%	10,4%	12,4%	11,6%
No	91,3%	86,3%	89,2%	87,3%	88,0%
No sabe / No recuerda		0,7%	0,4%	0,2%	0,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 3.59
¿Informó del problema que tuvo en el establecimiento?

	METROPOLITANO OCCIDENTE	METROPOLITANO CENTRAL	METROPOLITANO ORIENTE	ARAUCAÑIA SUR	
Si	50,0%	55,8%	50,0%	48,0%	51,4%
No	50,0%	38,5%	50,0%	52,0%	46,6%
No sabe / No recuerda		5,8%			2,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4 CRSM

4.1 Descripción de la Muestra

Cuadro N° 4.1

Encuestados según comuna de residencia y consultorio de APS al que están inscritos

	Cerrillos	Est. Central	Maipú	Padre Hurtado	Pte. Alto	Stgo. Centro	Total
Ahués			15,7%				14,7%
Ana María Juricic		100,0%	2,1%				2,7%
Carlos Godoy			13,6%				12,7%
Clotario Blest			3,6%				3,3%
El Manzano				100,0%			,7%
Iván Insunza			12,1%				11,3%
La Esperanza	33,3%		7,1%				8,0%
La Farfana			1,4%				1,3%
Maipú			7,1%				6,7%
Michelle Bachelet	16,7%		15,7%				15,3%
Norman Voullieme	16,7%		5,0%				5,3%
Pajaritos			11,4%				10,7%
Pincheira	33,3%		5,0%				6,0%
Raúl Silva Henríquez					100,0%		,7%
Sn Borja						100,0%	,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.2

Porcentaje de encuestados según grupo etario y previsión (en % de columna)

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Menor de 18 años		10,0%				2,7%
Entre 19 y 30 años		17,5%	17,1%	10,5%		10,7%
Entre 31 y 45 años	9,8%	15,0%	43,9%	36,8%	22,2%	24,7%
Entre 46 y 60 años	24,4%	42,5%	26,8%	26,3%	44,4%	31,3%
Mayor de 61 años	65,9%	15,0%	12,2%	26,3%	33,3%	30,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Cuadro N° 4.3

Estadísticos Resumen: Satisfacción con el Sistema de Salud

	Media	DT
Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.	5,37	1,014
Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?	5,38	,994

Cuadro N° 4.4

“Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.” Según grupo etario y previsión (en % de columna).

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja			8,1%	2,1%	2,2%	3,3%
Satisfacción Media		62,5%	51,4%	48,9%	37,0%	46,0%
Satisfacción Alta	100,0%	37,5%	40,5%	48,9%	60,9%	50,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	2,4%	2,5%	4,9%	5,3%		3,3%
Satisfacción Media	46,3%	37,5%	43,9%	68,4%	44,4%	46,0%
Satisfacción Alta	51,2%	60,0%	51,2%	26,3%	55,6%	50,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.5

“Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?”.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja			5,4%	2,1%	2,2%	2,7%
Satisfacción Media		62,5%	45,9%	51,1%	43,5%	47,3%
Satisfacción Alta	100,0%	37,5%	48,6%	46,8%	54,3%	50,0%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	2,4%	2,5%	4,9%			2,7%
Satisfacción Media	48,8%	35,0%	46,3%	68,4%	55,6%	47,3%
Satisfacción Alta	48,8%	62,5%	48,8%	31,6%	44,4%	50,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.3 *Imagen del Sistema de Salud*

**Cuadro N° 4.6
El Sistema de Salud Es moderno**

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,7%	2,1%	2,2%	2,0%
Satisfacción Media	66,7%	50,0%	48,6%	59,6%	30,4%	47,0%
Satisfacción Alta	33,3%	50,0%	48,6%	38,3%	67,4%	51,0%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	2,4%	5,1%				2,0%
Satisfacción Media	34,1%	53,8%	51,2%	42,1%	66,7%	47,0%
Satisfacción Alta	63,4%	41,0%	48,8%	57,9%	33,3%	51,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 4.7
El Sistema de Salud Brinda seguridad**

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			8,1%	10,6%	6,5%	7,3%
Satisfacción Media		50,0%	54,1%	38,3%	32,6%	40,7%
Satisfacción Alta	100,0%	50,0%	37,8%	51,1%	60,9%	52,0%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	9,8%	10,0%	4,9%		11,1%	7,3%
Satisfacción Media	34,1%	37,5%	43,9%	52,6%	44,4%	40,7%
Satisfacción Alta	56,1%	52,5%	51,2%	47,4%	44,4%	52,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 4.8
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido**

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			32,4%	21,3%	15,2%	19,3%

Satisfacción Media	25,0%	87,5%	51,4%	59,6%	63,0%	60,7%
Satisfacción Alta	75,0%	12,5%	16,2%	19,1%	21,7%	20,0%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	26,8%	17,5%	17,1%	15,8%	11,1%	19,3%
Satisfacción Media	51,2%	52,5%	63,4%	78,9%	88,9%	60,7%
Satisfacción Alta	22,0%	30,0%	19,5%	5,3%		20,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.9
El Sistema de Salud Es eficiente

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			13,5%	4,3%	8,7%	7,3%
Satisfacción Media	25,0%	68,8%	48,6%	59,6%	56,5%	56,0%
Satisfacción Alta	75,0%	31,3%	37,8%	36,2%	34,8%	36,7%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	7,3%	12,5%	7,3%			7,3%
Satisfacción Media	53,7%	57,5%	48,8%	63,2%	77,8%	56,0%
Satisfacción Alta	39,0%	30,0%	43,9%	36,8%	22,2%	36,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.10
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja				4,9%		1,6%
Satisfacción Media		53,3%	46,9%	43,9%	36,8%	42,6%
Satisfacción Alta	100,0%	46,7%	53,1%	51,2%	63,2%	55,8%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		2,7%			11,1%	1,6%
Satisfacción Media	41,4%	43,2%	48,7%	20,0%	55,6%	42,6%
Satisfacción Alta	58,6%	54,1%	51,3%	80,0%	33,3%	55,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.11
El Sistema de Salud Es confiable

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	4,3%	4,3%	4,0%
Satisfacción Media	25,0%	56,3%	45,9%	48,9%	34,8%	44,0%
Satisfacción Alta	75,0%	43,8%	48,6%	46,8%	60,9%	52,0%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	7,3%	5,0%	2,4%			4,0%
Satisfacción Media	41,5%	42,5%	46,3%	42,1%	55,6%	44,0%
Satisfacción Alta	51,2%	52,5%	51,2%	57,9%	44,4%	52,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.12
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,8%	2,2%	2,2%	2,0%
Satisfacción Media		56,3%	41,7%	50,0%	32,6%	41,9%
Satisfacción Alta	100,0%	43,8%	55,6%	47,8%	65,2%	56,1%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,0%	2,5%				2,0%
Satisfacción Media	37,5%	42,5%	50,0%	26,3%	55,6%	41,9%
Satisfacción Alta	57,5%	55,0%	50,0%	73,7%	44,4%	56,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.13
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			3,0%	9,8%	7,9%	6,3%
Satisfacción Media		58,3%	54,5%	46,3%	34,2%	44,9%
Satisfacción Alta	100,0%	41,7%	42,4%	43,9%	57,9%	48,8%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	6,1%	6,1%	5,6%	6,3%	11,1%	6,3%
Satisfacción Media	54,5%	39,4%	47,2%	31,3%	44,4%	44,9%
Satisfacción Alta	39,4%	54,5%	47,2%	62,5%	44,4%	48,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.14
El Sistema de Salud Llega a todas las personas

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		12,5%	12,5%	23,3%	12,5%	15,5%
Satisfacción Media		25,0%	45,8%	40,0%	37,5%	38,1%
Satisfacción Alta	100,0%	62,5%	41,7%	36,7%	50,0%	46,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	15,4%	16,0%	19,2%	7,7%	14,3%	15,5%
Satisfacción Media	42,3%	32,0%	34,6%	38,5%	57,1%	38,1%
Satisfacción Alta	42,3%	52,0%	46,2%	53,8%	28,6%	46,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.15
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	6,5%	6,5%	5,4%
Satisfacción Media		56,3%	45,9%	45,7%	39,1%	43,6%
Satisfacción Alta	100,0%	43,8%	48,6%	47,8%	54,3%	51,0%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	4,9%	5,1%	7,3%		11,1%	5,4%
Satisfacción Media	43,9%	41,0%	43,9%	47,4%	44,4%	43,6%
Satisfacción Alta	51,2%	53,8%	48,8%	52,6%	44,4%	51,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.16
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud. Segundo grupo etario y previsión.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	8,1%	6,4%	6,5%
Satisfacción Media	25,0%	81,3%	78,4%	74,5%	76,1%
Satisfacción Alta	75,0%	18,8%	13,5%	19,1%	17,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS
Satisfacción Baja	7,3%	5,0%	7,3%	0,0%	11,1%
Satisfacción Media	73,2%	72,5%	70,7%	94,7%	77,8%
Satisfacción Alta	19,5%	22,5%	22,0%	5,3%	11,1%

4.4 Pre - Atención

Cuadro N° 4.17
“¿Cómo obtuvo la hora para que lo/a atendieran hoy?”.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Llamó por teléfono		12,5%	2,7%	4,3%	4,3%	4,7%
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud		12,5%	18,9%	12,8%	15,2%	14,7%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	50,0%	43,8%	16,2%	21,3%	21,7%	23,3%
Viene en interconsulta	50,0%	31,3%	62,2%	61,7%	58,7%	57,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Llamó por teléfono	4,9%	5,0%	4,9%		11,1%	4,7%
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	9,8%	12,5%	24,4%	10,5%	11,1%	14,7%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	17,1%	32,5%	22,0%	5,3%	55,6%	23,3%
Viene en interconsulta	68,3%	50,0%	48,8%	84,2%	22,2%	57,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.18

“¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?”

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja		6,3%	35,1%	19,1%	17,4%	20,7%
Satisfacción Media		68,8%	45,9%	53,2%	43,5%	48,7%
Satisfacción Alta	100,0%	25,0%	18,9%	27,7%	39,1%	30,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	26,8%	17,5%	22,0%	10,5%	22,2%	20,7%
Satisfacción Media	36,6%	47,5%	56,1%	63,2%	44,4%	48,7%
Satisfacción Alta	36,6%	35,0%	22,0%	26,3%	33,3%	30,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.19

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)? (en días)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Hasta 1 semana	25,0%	6,3%	2,7%	4,3%	8,7%	6,0%
Entre 1 y 2 semanas	50,0%	6,3%	5,4%	14,9%	15,2%	12,7%
Entre 2 y 3 semanas		25,0%	24,3%	17,0%	21,7%	20,7%
Entre 3 y 5 semanas	25,0%	37,5%	16,2%	23,4%	17,4%	21,3%
Entre 5 y 7 semanas		6,3%	10,8%	10,6%	2,2%	7,3%
Entre 7 y 10 semanas		12,5%	10,8%	8,5%	13,0%	10,7%
entre 10 y 14 semanas			5,4%	8,5%	4,3%	5,3%
Entre 14 y 29 semanas		6,3%	18,9%	8,5%	8,7%	10,7%
Más de 29 semanas			5,4%	4,3%	8,7%	5,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Hasta 1 semana	12,2%	7,5%	2,4%			6,0%
Entre 1 y 2 semanas	14,6%	10,0%	9,8%	15,8%	22,2%	12,7%
Entre 2 y 3 semanas	14,6%	17,5%	26,8%	31,6%	11,1%	20,7%
Entre 3 y 5 semanas	17,1%	27,5%	19,5%	21,1%	22,2%	21,3%
Entre 5 y 7 semanas	2,4%	7,5%	12,2%	5,3%	11,1%	7,3%
Entre 7 y 10 semanas	9,8%	7,5%	14,6%	10,5%	11,1%	10,7%
entre 10 y 14 semanas	7,3%	7,5%	2,4%	5,3%		5,3%
Entre 14 y 29 semanas	14,6%	7,5%	9,8%	10,5%	11,1%	10,7%
Más de 29 semanas	7,3%	7,5%	2,4%		11,1%	5,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.5 Atención

4.5.1 Personal Auxiliar

Cuadro N° 4.20
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			6,1%	5,0%		3,1%
Satisfacción Media		46,2%	51,5%	52,5%	43,9%	48,4%
Satisfacción Alta	100,0%	53,8%	42,4%	42,5%	56,1%	48,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		2,9%	6,1%		12,5%	3,1%
Satisfacción Media	42,9%	55,9%	45,5%	44,4%	62,5%	48,4%
Satisfacción Alta	57,1%	41,2%	48,5%	55,6%	25,0%	48,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.21
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	2,1%		2,0%
Satisfacción Media		12,5%	32,4%	23,4%	28,3%	25,3%
Satisfacción Alta	100,0%	87,5%	62,2%	74,5%	71,7%	72,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	2,4%		4,9%			2,0%
Satisfacción Media	34,1%	22,5%	22,0%	26,3%	11,1%	25,3%
Satisfacción Alta	63,4%	77,5%	73,2%	73,7%	88,9%	72,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.22
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	4,3%		2,7%
Satisfacción Media		12,5%	35,1%	25,5%	26,1%	26,0%
Satisfacción Alta	100,0%	87,5%	59,5%	70,2%	73,9%	71,3%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	2,4%		4,9%		11,1%	2,7%
Satisfacción Media	31,7%	22,5%	24,4%	36,8%		26,0%
Satisfacción Alta	65,9%	77,5%	70,7%	63,2%	88,9%	71,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.23
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,7%			0,7%
Satisfacción Media		25,0%	40,5%	31,9%	31,1%	32,2%
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	56,8%	68,1%	68,9%	67,1%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	2,5%					0,7%
Satisfacción Media	40,0%	25,0%	34,1%	36,8%	11,1%	32,2%
Satisfacción Alta	57,5%	75,0%	65,9%	63,2%	88,9%	67,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.24
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	4,3%	2,2%	3,3%
Satisfacción Media		25,0%	35,1%	27,7%	32,6%	30,0%
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	59,5%	68,1%	65,2%	66,7%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	4,9%		4,9%		11,1%	3,3%
Satisfacción Media	39,0%	25,0%	31,7%	31,6%		30,0%
Satisfacción Alta	56,1%	75,0%	63,4%	68,4%	88,9%	66,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.25
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	2,1%		2,0%
Satisfacción Media		25,0%	35,1%	31,9%	32,6%	31,3%
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	59,5%	66,0%	67,4%	66,7%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	2,4%		4,9%			2,0%
Satisfacción Media	36,6%	27,5%	31,7%	36,8%	11,1%	31,3%
Satisfacción Alta	61,0%	72,5%	63,4%	63,2%	88,9%	66,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.26
Índice de Satisfacción: Personal Auxiliar

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	5,4%	4,3%	0,0%	2,7%
Satisfacción Media	0,0%	43,8%	56,8%	44,7%	37,0%	44,0%

Satisfacción Alta	100,0%	56,3%	37,8%	51,1%	63,0%	53,3%
-------------------	--------	-------	-------	-------	-------	-------

4.5.2 Personal Profesional

Cuadro N° 4.27
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		18,2%	12,9%	22,0%	15,4%	16,9%
Satisfacción Media		45,5%	51,6%	46,3%	59,0%	50,8%
Satisfacción Alta	100,0%	36,4%	35,5%	31,7%	25,6%	32,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	13,9%	27,8%	10,7%		37,5%	16,9%
Satisfacción Media	47,2%	47,2%	57,1%	50,0%	62,5%	50,8%
Satisfacción Alta	38,9%	25,0%	32,1%	50,0%		32,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.28
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			8,1%	6,4%	17,4%	9,3%
Satisfacción Media		25,0%	43,2%	38,3%	32,6%	35,3%
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	48,6%	55,3%	50,0%	55,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	14,6%	10,0%	4,9%		22,2%	9,3%
Satisfacción Media	29,3%	30,0%	41,5%	47,4%	33,3%	35,3%
Satisfacción Alta	56,1%	60,0%	53,7%	52,6%	44,4%	55,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.29
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,6%	4,3%	17,4%	8,1%
Satisfacción Media		43,8%	33,3%	40,4%	26,1%	33,6%

Satisfacción Alta	100,0%	56,3%	61,1%	55,3%	56,5%	58,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	14,6%	7,7%	4,9%		11,1%	8,1%
Satisfacción Media	24,4%	38,5%	31,7%	42,1%	44,4%	33,6%
Satisfacción Alta	61,0%	53,8%	63,4%	57,9%	44,4%	58,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.30
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,6%	8,5%	17,4%	9,4%
Satisfacción Media	25,0%	43,8%	33,3%	34,0%	32,6%	34,2%
Satisfacción Alta	75,0%	56,3%	61,1%	57,4%	50,0%	56,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	14,6%	12,8%	4,9%		11,1%	9,4%
Satisfacción Media	26,8%	35,9%	34,1%	42,1%	44,4%	34,2%
Satisfacción Alta	58,5%	51,3%	61,0%	57,9%	44,4%	56,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.31
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,6%	12,8%	17,4%	10,7%
Satisfacción Media	25,0%	43,8%	38,9%	27,7%	32,6%	33,6%
Satisfacción Alta	75,0%	56,3%	55,6%	59,6%	50,0%	55,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	14,6%	15,4%	7,3%		11,1%	10,7%
Satisfacción Media	31,7%	33,3%	31,7%	36,8%	44,4%	33,6%
Satisfacción Alta	53,7%	51,3%	61,0%	63,2%	44,4%	55,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.32
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	10,6%	17,4%	10,0%
Satisfacción Media	25,0%	31,3%	40,5%	34,0%	37,0%	36,0%
Satisfacción Alta	75,0%	68,8%	54,1%	55,3%	45,7%	54,0%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	14,6%	12,5%	4,9%		22,2%	10,0%
Satisfacción Media	39,0%	35,0%	29,3%	47,4%	33,3%	36,0%
Satisfacción Alta	46,3%	52,5%	65,9%	52,6%	44,4%	54,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.33
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		6,3%	13,5%	17,0%	21,7%	16,0%
Satisfacción Media	25,0%	62,5%	35,1%	38,3%	41,3%	40,7%
Satisfacción Alta	75,0%	31,3%	51,4%	44,7%	37,0%	43,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	19,5%	17,5%	12,2%	10,5%	22,2%	16,0%
Satisfacción Media	39,0%	47,5%	41,5%	21,1%	55,6%	40,7%
Satisfacción Alta	41,5%	35,0%	46,3%	68,4%	22,2%	43,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.34
La confianza que le generó (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		6,3%	8,1%	10,6%	15,2%	10,7%
Satisfacción Media	25,0%	43,8%	37,8%	31,9%	39,1%	36,7%
Satisfacción Alta	75,0%	50,0%	54,1%	57,4%	45,7%	52,7%

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	19,5%	10,0%	4,9%		22,2%	10,7%
Satisfacción Media	29,3%	40,0%	39,0%	36,8%	44,4%	36,7%
Satisfacción Alta	51,2%	50,0%	56,1%	63,2%	33,3%	52,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.35
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja		6,3%	5,4%	6,4%	15,2%	8,7%
Satisfacción Media	25,0%	50,0%	43,2%	38,3%	39,1%	40,7%
Satisfacción Alta	75,0%	43,8%	51,4%	55,3%	45,7%	50,7%

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	14,6%	10,0%	7,3%			8,7%
Satisfacción Media	36,6%	45,0%	36,6%	36,8%	66,7%	40,7%
Satisfacción Alta	48,8%	45,0%	56,1%	63,2%	33,3%	50,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.36
Índice de Satisfacción: Personal Profesional

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	8,1%	19,1%	19,6%	14,0%

Satisfacción Media	25,0%	62,5%	54,1%	38,3%	47,8%	47,3%
Satisfacción Alta	75,0%	37,5%	37,8%	42,6%	32,6%	38,7%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	17,1%	20,0%	7,3%	0,0%	33,3%	14,0%
Satisfacción Media	46,3%	42,5%	46,3%	57,9%	55,6%	47,3%
Satisfacción Alta	36,6%	37,5%	46,3%	42,1%	11,1%	38,7%

4.5.3 *Tiempo de Espera*

Cuadro N° 4.37

El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja		6,3%	27,0%	19,1%	23,9%	20,7%
Satisfacción Media	25,0%	56,3%	48,6%	48,9%	39,1%	46,0%
Satisfacción Alta	75,0%	37,5%	24,3%	31,9%	37,0%	33,3%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	31,7%	15,0%	17,1%	15,8%	22,2%	20,7%
Satisfacción Media	31,7%	55,0%	43,9%	57,9%	55,6%	46,0%
Satisfacción Alta	36,6%	30,0%	39,0%	26,3%	22,2%	33,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.38

El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran

	Llamó por teléfono	Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	Viene en interconsulta	Total
Satisfacción Baja	28,6%	22,7%	8,6%	24,4%	20,7%
Satisfacción Media	28,6%	54,5%	57,1%	40,7%	46,0%
Satisfacción Alta	42,9%	22,7%	34,3%	34,9%	33,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.39

El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja		12,5%	32,4%	21,3%	19,6%	22,0%
Satisfacción Media	25,0%	43,8%	43,2%	48,9%	41,3%	44,0%
Satisfacción Alta	75,0%	43,8%	24,3%	29,8%	39,1%	34,0%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	24,4%	17,5%	24,4%	15,8%	33,3%	22,0%
Satisfacción Media	39,0%	50,0%	39,0%	52,6%	44,4%	44,0%
Satisfacción Alta	36,6%	32,5%	36,6%	31,6%	22,2%	34,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.40

¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación? (en minutos)

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Hasta 30 minutos	43,9%	27,5%	51,2%	42,1%	11,1%	39,3%
Entre 30 min y 1 hr	29,3%	47,5%	34,1%	36,8%	77,8%	39,3%
Entre 1 hr y 1,5 hrs	4,9%	17,5%	4,9%	5,3%		8,0%
Entre 1,5 hrs y 2 hrs	14,6%	5,0%	7,3%	15,8%		9,3%
Entre 2 hrs y 2,5 hrs		2,5%	2,4%			1,3%
Entre 2,5 hrs y 3 hrs	4,9%				11,1%	2,0%
Más de 3 hrs	2,4%					0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.41
Índice de Satisfacción: Tiempo de Espera

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS
Satisfacción Baja	26,8%	17,5%	26,8%	26,3%	33,3%
Satisfacción Media	39,0%	55,0%	41,5%	47,4%	44,4%
Satisfacción Alta	34,1%	27,5%	31,7%	26,3%	22,2%

4.6 Infraestructura

Las diferencias, aunque significativas, son pequeñas, tanto según previsión, como según edad, por lo que no se incluyen las tablas en el presente Anexo. Se hace entrega de las bases de datos para indagar en aquellos aspectos que se consideren necesarios.

4.7 Áreas de Apoyo

Cuadro N° 4.42
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja				15,4%	5,3%	6,3%
Satisfacción Media		20,0%	44,4%	7,7%	10,5%	16,7%
Satisfacción Alta	100,0%	80,0%	55,6%	76,9%	84,2%	77,1%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	7,7%	6,7%	6,7%			6,3%
Satisfacción Media	15,4%	13,3%	20,0%	33,3%		16,7%
Satisfacción Alta	76,9%	80,0%	73,3%	66,7%	100,0%	77,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.43
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,9%	2,1%		1,4%
Satisfacción Media		12,5%	51,4%	27,7%	22,2%	29,3%
Satisfacción Alta	100,0%	87,5%	45,7%	70,2%	77,8%	69,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja			4,9%			1,4%
Satisfacción Media	25,6%	20,5%	39,0%	36,8%	22,2%	29,3%
Satisfacción Alta	74,4%	79,5%	56,1%	63,2%	77,8%	69,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.44
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			8,7%	2,7%		2,7%
Satisfacción Media		8,3%	21,7%	16,2%	8,6%	13,5%
Satisfacción Alta	100,0%	91,7%	69,6%	81,1%	91,4%	83,8%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	3,3%		6,9%			2,7%
Satisfacción Media	13,3%	6,1%	20,7%	25,0%		13,5%
Satisfacción Alta	83,3%	93,9%	72,4%	75,0%	100,0%	83,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.45
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,7%	2,1%		2,0%
Satisfacción Media		12,5%	45,7%	27,7%	15,6%	25,9%
Satisfacción Alta	100,0%	87,5%	48,6%	70,2%	84,4%	72,1%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	2,6%		4,9%			2,0%
Satisfacción Media	20,5%	15,4%	36,6%	36,8%	22,2%	25,9%
Satisfacción Alta	76,9%	84,6%	58,5%	63,2%	77,8%	72,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.46
Índice de Satisfacción: Áreas de Apoyo

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	2,4%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%	2,0%
Satisfacción Media	24,4%	20,5%	41,5%	42,1%	22,2%	30,2%
Satisfacción Alta	73,2%	79,5%	53,7%	57,9%	77,8%	67,8%

4.8 Post - Atención

Cuadro N° 4.47
Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	6,4%	2,2%	4,0%
Satisfacción Media		25,0%	29,7%	27,7%	31,1%	28,2%
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	64,9%	66,0%	66,7%	67,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.9 Satisfacción Global Posterior

Cuadro N° 4.48
Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	8,5%	8,7%	6,7%
Satisfacción Media	25,0%	18,8%	51,4%	42,6%	34,8%	39,3%
Satisfacción Alta	75,0%	81,3%	43,2%	48,9%	56,5%	54,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.10 Solución de Problemas

Cuadro N° 4.49
¿Sabe cómo hacer para presentar un reclamo?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Si		43,8%	24,3%	31,9%	30,4%	30,0%
No	100,0%	50,0%	75,7%	68,1%	67,4%	68,7%
No Contesta		6,3%			2,2%	1,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Si	29,3%	35,0%	22,0%	42,1%	22,2%	30,0%
No	70,7%	62,5%	75,6%	57,9%	77,8%	68,7%
No Contesta		2,5%	2,4%			1,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.50
¿Me podría mencionar si ha tenido usted algún problema en este establecimiento de salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Si		6,3%	13,5%	8,5%	19,6%	12,7%
No	100,0%	93,8%	86,5%	89,4%	80,4%	86,7%
No sabe / No contesta				2,1%		0,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Si	22,0%	15,0%	7,3%		11,1%	12,7%
No	78,0%	85,0%	92,7%	94,7%	88,9%	86,7%
No sabe / No contesta				5,3%		0,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 4.51
¿Informó del problema que tuvo en el establecimiento?

	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Si		40,0%	100,0%	44,4%	50,0%
No	100,0%	60,0%		55,6%	50,0%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	Total	
Si	33,3%	83,3%	33,3%	50,0%	
No	66,7%	16,7%	66,7%	50,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuadro N° 4.52
¿Su problema fue solucionado?

	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Si	60,0%	33,3%	50,0%	50,0%
No	40,0%	66,7%	50,0%	50,0%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	
Si	66,7%	40,0%		50,0%
No	33,3%	60,0%	100,0%	50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5 CRSCO

5.1 Descripción de la Muestra

Cuadro N° 5.1

Encuestados según comuna de residencia y consultorio de APS al que están inscritos

	La Florida	Las Condes	Macul	Ñuñoa	Peñalolén	Providencia	V Región	Vitacura	Total
C. Urzúa					24,6%				14,7%
Cardenal Silva H.	100,0%			33,3%	10,1%				7,8%
Felix de Amesti			30,6%	33,3%					10,3%
La Faena					18,8%				11,2%
Lo Barnechea		100,0%							1,7%
Lo Hermida			2,8%	33,3%	14,5%		100,0%		11,2%
Macul					1,4%				0,9%
Padre G. Welhan					14,5%				8,6%
Padre Hurtado			25,0%		1,4%				8,6%
Providencia						100,0%			1,7%
San Luis			11,1%		14,5%				12,1%
Santa Julia			30,6%						9,5%
Vitacura								100,0%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Cuadro N° 5.2

Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Baja				3,8%		0,9%	
Satisfacción Media		25,0%	21,1%	15,4%	15,1%	17,2%	
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	78,9%	80,8%	84,9%	81,9%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		1,6%					0,9%
Satisfacción Media	17,6%	18,8%	14,3%	22,2%			17,2%
Satisfacción Alta	82,4%	79,7%	85,7%	77,8%	100,0%	100,0%	81,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.3

Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Baja				3,8%		0,9%	
Satisfacción Media		31,3%	21,1%	15,4%	18,9%	19,8%	
Satisfacción Alta	100,0%	68,8%	78,9%	80,8%	81,1%	79,3%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja				11,1%			0,9%
Satisfacción Media	23,5%	20,3%	14,3%	33,3%			19,8%
Satisfacción Alta	76,5%	79,7%	85,7%	55,6%	100,0%	100,0%	79,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.4
Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%
Satisfacción Media	0,0%	31,3%	21,1%	19,2%	24,5%
Satisfacción Alta	100,0%	68,8%	78,9%	76,9%	75,5%

5.3 *Imagen del Sistema de Salud*

**Cuadro N° 5.5
El Sistema de Salud Es moderno**

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					2,0%	0,9%	
Satisfacción Media			5,9%	4,3%		1,9%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	94,1%	95,7%	98,0%	97,2%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja						25,0%	0,9%
Satisfacción Media		1,6%		16,7%			1,9%
Satisfacción Alta	100,0%	98,4%	100,0%	83,3%	100,0%	75,0%	97,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 5.6
El Sistema de Salud Brinda seguridad**

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					3,8%	1,7%	
Satisfacción Media					1,9%	0,9%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,3%	97,4%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		1,6%				25,0%	1,7%
Satisfacción Media				11,1%			0,9%
Satisfacción Alta	100,0%	98,4%	100,0%	88,9%	100,0%	75,0%	97,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Cuadro N° 5.7
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido**

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja	50,0%	25,0%	21,1%	15,4%	15,1%	18,1%	

Satisfacción Media		56,3%	36,8%	30,8%	26,4%	32,8%	
Satisfacción Alta	50,0%	18,8%	42,1%	53,8%	58,5%	49,1%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	17,6%	17,2%	9,5%	44,4%		25,0%	18,1%
Satisfacción Media	11,8%	31,3%	52,4%	22,2%	100,0%	50,0%	32,8%
Satisfacción Alta	70,6%	51,6%	38,1%	33,3%		25,0%	49,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.8
El Sistema de Salud Es eficiente

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja		6,3%	5,3%	11,5%	1,9%	5,2%	
Satisfacción Media		31,3%	26,3%	15,4%	17,0%	19,8%	
Satisfacción Alta	100,0%	62,5%	68,4%	73,1%	81,1%	75,0%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,9%	4,7%		11,1%		25,0%	5,2%
Satisfacción Media	5,9%	14,1%	42,9%	44,4%			19,8%
Satisfacción Alta	88,2%	81,3%	57,1%	44,4%	100,0%	75,0%	75,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.9
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					2,2%	1,0%	
Satisfacción Media				8,3%	2,2%	2,9%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	91,7%	95,7%	96,1%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja						25,0%	1,0%
Satisfacción Media		1,7%	6,3%	20,0%			2,9%
Satisfacción Alta	100,0%	98,3%	93,8%	80,0%	100,0%	75,0%	96,1%

	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Cuadro N° 5.10
El Sistema de Salud Es confiable

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					1,9%	0,9%	
Satisfacción Media					3,8%	1,7%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,2%	97,4%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja						25,0%	0,9%
Satisfacción Media	5,9%	1,6%					1,7%
Satisfacción Alta	94,1%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	97,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.11
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					3,9%	1,8%	
Satisfacción Media				4,0%	2,0%	1,8%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	96,0%	94,1%	96,4%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		1,6%				25,0%	1,8%
Satisfacción Media		1,6%		12,5%			1,8%
Satisfacción Alta	100,0%	96,8%	100,0%	87,5%	100,0%	75,0%	96,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.12
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja				8,0%	4,0%	3,7%	
Satisfacción Media		15,4%	41,2%	20,0%	28,0%	26,2%	
Satisfacción Alta	100,0%	84,6%	58,8%	72,0%	68,0%	70,1%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		3,3%		16,7%		25,0%	3,7%
Satisfacción Media	43,8%	21,7%	25,0%	16,7%	100,0%	25,0%	26,2%
Satisfacción Alta	56,3%	75,0%	75,0%	66,7%		50,0%	70,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.13
El Sistema de Salud Llega a todas las personas

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja		16,7%	6,7%	19,0%	6,5%	10,4%	
Satisfacción Media		33,3%	53,3%	42,9%	37,0%	39,6%	
Satisfacción Alta	100,0%	50,0%	40,0%	38,1%	56,5%	50,0%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	20,0%	9,3%		16,7%		25,0%	10,4%
Satisfacción Media	40,0%	31,5%	50,0%	50,0%	100,0%	75,0%	39,6%
Satisfacción Alta	40,0%	59,3%	50,0%	33,3%			50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.14
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Baja				3,8%	5,7%	3,4%	
Satisfacción Media		6,3%	5,3%	7,7%	5,7%	6,0%	
Satisfacción Alta	100,0%	93,8%	94,7%	88,5%	88,7%	90,5%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,9%	3,1%				25,0%	3,4%
Satisfacción Media	5,9%	6,3%		11,1%	100,0%		6,0%
Satisfacción Alta	88,2%	90,6%	100,0%	88,9%		75,0%	90,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.15
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
Satisfacción Media	0,0%	25,0%	26,3%	34,6%	20,8%
Satisfacción Alta	100,0%	75,0%	73,7%	65,4%	77,4%

5.4 Pre - Atención

Cuadro N° 5.16
¿Cómo obtuvo la hora para que lo/a atendieran hoy?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Llamó por teléfono			10,5%	11,5%	11,3%	9,5%	
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud		56,3%	42,1%	30,8%	26,4%	33,6%	
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	50,0%	31,3%	21,1%	34,6%	39,6%	34,5%	
Viene en interconsulta	50,0%	12,5%	26,3%	23,1%	22,6%	22,4%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	Total
Llamó por teléfono	17,6%	7,8%	9,5%			25,0%	9,5%
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	41,2%	31,3%	23,8%	55,6%		50,0%	33,6%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	41,2%	35,9%	23,8%	33,3%	100,0%	25,0%	34,5%
Viene en interconsulta		25,0%	42,9%	11,1%			22,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.17
¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja	50,0%	6,3%	5,3%	7,7%	9,4%	8,6%	
Satisfacción Media	50,0%	37,5%	47,4%	50,0%	39,6%	43,1%	
Satisfacción Alta		56,3%	47,4%	42,3%	50,9%	48,3%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	11,8%	10,9%		11,1%			8,6%
Satisfacción Media	52,9%	37,5%	52,4%	44,4%		50,0%	43,1%

Satisfacción Alta	35,3%	51,6%	47,6%	44,4%	100,0%	50,0%	48,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.18

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)? (en días)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Hasta 1 semana				3,8%	1,9%	1,7%	
Entre 1 y 2 semanas			15,8%	3,8%	7,5%	6,9%	
Entre 2 y 3 semanas		25,0%	15,8%	15,4%	24,5%	20,7%	
Entre 3 y 5 semanas	100,0%	43,8%	36,8%	34,6%	30,2%	35,3%	
Entre 5 y 7 semanas		25,0%	5,3%	23,1%	18,9%	18,1%	
Entre 7 y 10 semanas			21,1%	11,5%	9,4%	10,3%	
entre 10 y 14 semanas		6,3%	5,3%	3,8%	1,9%	3,4%	
Entre 14 y 29 semanas				3,8%	3,8%	2,6%	
Más de 29 semanas					1,9%	0,9%	
<hr/>							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	Total
Hasta 1 semana		1,6%	4,8%				1,7%
Entre 1 y 2 semanas	11,8%	4,7%	4,8%	11,1%		25,0%	6,9%
Entre 2 y 3 semanas	17,6%	21,9%	14,3%	22,2%		50,0%	20,7%
Entre 3 y 5 semanas	29,4%	35,9%	38,1%	44,4%		25,0%	35,3%
Entre 5 y 7 semanas	23,5%	17,2%	28,6%				18,1%
Entre 7 y 10 semanas	11,8%	9,4%	9,5%	11,1%	100,0%		10,3%
entre 10 y 14 semanas		6,3%					3,4%
Entre 14 y 29 semanas	5,9%	1,6%		11,1%			2,6%
Más de 29 semanas		1,6%					0,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.5 Atención

5.5.1 Personal Auxiliar

Cuadro N° 5.19
La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja					2,4%	1,1%
Satisfacción Media			6,3%		2,4%	2,2%
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	93,8%	100,0%	95,2%	96,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		1,8%				1,1%
Satisfacción Media		3,5%				2,2%
Satisfacción Alta	100,0%	94,7%	100,0%	100,0%	100,0%	96,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.20
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Media			10,5%	15,4%	2,0%	6,3%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	89,5%	84,6%	98,0%	93,8%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media		4,8%	14,3%	12,5%			6,3%
Satisfacción Alta	100,0%	95,2%	85,7%	87,5%	100,0%	100,0%	93,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.21
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Media			5,3%	15,4%	4,0%	6,3%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	94,7%	84,6%	96,0%	93,7%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	6,7%	4,8%	9,5%	14,3%			6,3%
Satisfacción Alta	93,3%	95,2%	90,5%	85,7%	100,0%	100,0%	93,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.22
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Baja				8,0%		1,9%	
Satisfacción Media			5,6%	8,0%	2,0%	3,8%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	94,4%	84,0%	98,0%	94,3%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja			4,8%	16,7%			1,9%
Satisfacción Media		4,9%	4,8%				3,8%
Satisfacción Alta	100,0%	95,1%	90,5%	83,3%	100,0%	100,0%	94,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.23
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Baja				3,8%		0,9%	
Satisfacción Media				7,7%		1,8%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	88,5%	100,0%	97,3%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja				14,3%			0,9%
Satisfacción Media			9,5%				1,8%
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	90,5%	85,7%	100,0%	100,0%	97,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.24
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Baja				3,8%		0,9%	
Satisfacción Media				7,7%	2,0%	2,7%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	88,5%	98,0%	96,4%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja				12,5%			0,9%
Satisfacción Media		1,6%	9,5%				2,7%
Satisfacción Alta	100,0%	98,4%	90,5%	87,5%	100,0%	100,0%	96,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.25
Índice de Satisfacción: Personal Auxiliar

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,9%
Satisfacción Media	0,0%	0,0%	10,5%	7,7%	4,0%	5,3%
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	89,5%	88,5%	96,0%	93,8%

5.5.2 *Personal Profesional*

Cuadro N° 5.26
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja			5,3%	4,3%	5,9%	4,5%	
Satisfacción Media	50,0%	31,3%	15,8%	34,8%	39,2%	33,3%	
Satisfacción Alta	50,0%	68,8%	78,9%	60,9%	54,9%	62,2%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		6,3%		11,1%			4,5%
Satisfacción Media	20,0%	38,1%	36,8%	22,2%		25,0%	33,3%
Satisfacción Alta	80,0%	55,6%	63,2%	66,7%	100,0%	75,0%	62,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.27
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media				3,8%		0,9%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	96,2%	100,0%	99,1%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	5,9%						0,9%
Satisfacción Alta	94,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.28
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media					1,9%	0,9%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,1%	99,1%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	5,9%						0,9%
Satisfacción Alta	94,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.29
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					1,9%	0,9%	
Satisfacción Media			5,3%		5,7%	3,4%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	94,7%	100,0%	92,5%	95,7%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		1,6%					0,9%
Satisfacción Media		3,1%	4,8%		100,0%		3,4%
Satisfacción Alta	100,0%	95,3%	95,2%	100,0%		100,0%	95,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.30
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media		6,3%		3,8%	7,5%	5,2%	
Satisfacción Alta	100,0%	93,8%	100,0%	96,2%	92,5%	94,8%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	5,9%	4,7%	4,8%		100,0%		5,2%
Satisfacción Alta	94,1%	95,3%	95,2%	100,0%		100,0%	94,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.31
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media				3,8%	9,4%	5,2%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	96,2%	90,6%	94,8%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	5,9%	4,7%		11,1%	100,0%		5,2%
Satisfacción Alta	94,1%	95,3%	100,0%	88,9%		100,0%	94,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.32
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					3,8%	1,7%	
Satisfacción Media	50,0%	18,8%	21,1%	23,1%	30,2%	25,9%	
Satisfacción Alta	50,0%	81,3%	78,9%	76,9%	66,0%	72,4%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja		3,1%					1,7%
Satisfacción Media	17,6%	25,0%	33,3%	22,2%	100,0%	25,0%	25,9%
Satisfacción Alta	82,4%	71,9%	66,7%	77,8%		75,0%	72,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.33
La confianza que le generó (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media				3,8%	3,8%	2,6%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	96,2%	96,2%	97,4%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	5,9%	1,6%	4,8%				2,6%
Satisfacción Alta	94,1%	98,4%	95,2%	100,0%	100,0%	100,0%	97,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.34

Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media			5,3%	3,8%	9,6%	6,1%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	94,7%	96,2%	90,4%	93,9%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	17,6%	4,7%			100,0%		6,1%
Satisfacción Alta	82,4%	95,3%	100,0%	100,0%		100,0%	93,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.35

Índice de Satisfacción: Personal Profesional

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Satisfacción Media	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	11,3%	6,9%
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	92,3%	88,7%	93,1%

5.5.3 *Tiempo de Espera*

Cuadro N° 5.36

El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja		12,5%	26,3%	15,4%	20,8%	19,0%	
Satisfacción Media	50,0%	43,8%	31,6%	30,8%	30,2%	32,8%	
Satisfacción Alta	50,0%	43,8%	42,1%	53,8%	49,1%	48,3%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	23,5%	18,8%	9,5%	33,3%		25,0%	19,0%
Satisfacción Media	29,4%	26,6%	61,9%	22,2%	100,0%		32,8%
Satisfacción Alta	47,1%	54,7%	28,6%	44,4%		75,0%	48,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.37

El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja		25,0%	15,8%	15,4%	20,8%	19,0%	
Satisfacción Media	50,0%	37,5%	52,6%	42,3%	34,0%	39,7%	
Satisfacción Alta	50,0%	37,5%	31,6%	42,3%	45,3%	41,4%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	35,3%	17,2%	9,5%	33,3%			19,0%
Satisfacción Media	17,6%	35,9%	66,7%	33,3%	100,0%	50,0%	39,7%
Satisfacción Alta	47,1%	46,9%	23,8%	33,3%		50,0%	41,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.38
Índice de Satisfacción: Tiempo de Espera

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Isapre	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	29,4%	18,8%	9,5%	33,3%	0,0%	0,0%	25,0%	19,8%
Satisfacción Media	23,5%	29,7%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%	0,0%	35,3%
Satisfacción Alta	47,1%	51,6%	23,8%	33,3%	0,0%	0,0%	75,0%	44,8%

5.6 Infraestructura

Las diferencias, aunque significativas, son pequeñas, tanto según previsión, como según edad, por lo que no se incluyen las tablas en el presente Anexo. Se hace entrega de las bases de datos para indagar en aquellos aspectos que se consideren necesarios.

5.7 Áreas de Apoyo

Cuadro N° 5.39
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja		25,0%	50,0%	37,5%	35,3%	35,8%	
Satisfacción Media	100,0%	37,5%	12,5%	25,0%	29,4%	28,4%	
Satisfacción Alta		37,5%	37,5%	37,5%	35,3%	35,8%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	42,9%	28,9%	64,3%			33,3%	35,8%
Satisfacción Media	28,6%	31,6%	14,3%	50,0%	100,0%		28,4%
Satisfacción Alta	28,6%	39,5%	21,4%	50,0%		66,7%	35,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.40
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja					2,3%	1,1%	
Satisfacción Media	100,0%	25,0%	25,0%	25,0%	20,5%	23,6%	
Satisfacción Alta		75,0%	75,0%	75,0%	77,3%	75,3%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Baja	7,7%						1,1%
Satisfacción Media	23,1%	18,4%	33,3%	33,3%	100,0%		23,6%
Satisfacción Alta	69,2%	81,6%	66,7%	66,7%		100,0%	75,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.41
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media	50,0%	15,4%	5,9%	18,2%	17,8%	16,2%	
Satisfacción Alta	50,0%	84,6%	94,1%	81,8%	82,2%	83,8%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	16,7%	12,3%	25,0%	16,7%	100,0%		16,2%
Satisfacción Alta	83,3%	87,7%	75,0%	83,3%		100,0%	83,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.42
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media	50,0%	23,1%	17,6%	26,1%	20,4%	22,1%	
Satisfacción Alta	50,0%	76,9%	82,4%	73,9%	79,6%	77,9%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	23,1%	20,3%	28,6%	33,3%			22,1%
Satisfacción Alta	76,9%	79,7%	71,4%	66,7%	100,0%	100,0%	77,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.43
Índice de Satisfacción: Áreas de Apoyo

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	7,7%	1,7%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%
Satisfacción Media	30,8%	29,3%	45,0%	50,0%	100,0%	25,0%	34,3%
Satisfacción Alta	61,5%	69,0%	45,0%	50,0%	0,0%	75,0%	61,8%

5.8 Post - Atención

Cuadro N° 5.44

Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Media				3,8%	3,8%	2,6%	
Satisfacción Alta	100,0%	100,0%	100,0%	96,2%	96,2%	97,4%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	5,9%	1,6%			100,0%		2,6%
Satisfacción Alta	94,1%	98,4%	100,0%	100,0%		100,0%	97,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.9 Satisfacción Global Posterior

Cuadro N° 5.45

Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Satisfacción Media		18,8%	5,3%	26,9%	5,7%	12,1%	
Satisfacción Alta	100,0%	81,3%	94,7%	73,1%	94,3%	87,9%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS	
Satisfacción Media	11,8%	9,4%	14,3%	33,3%			12,1%
Satisfacción Alta	88,2%	90,6%	85,7%	66,7%	100,0%	100,0%	87,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.10 Solución de Problemas

Cuadro N° 5.46
¿Sabe cómo hacer para presentar un reclamo?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Si	50,0%	18,8%	31,6%	42,3%	32,1%	32,8%	
No	50,0%	81,3%	68,4%	57,7%	67,9%	67,2%	
FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS		
Si	17,6%	26,6%	57,1%	44,4%		50,0%	32,8%
No	82,4%	73,4%	42,9%	55,6%	100,0%	50,0%	67,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.47
¿Me podría mencionar si ha tenido usted algún problema en este establecimiento de salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años		
Si		6,3%	10,5%	3,8%		3,4%	
No	100,0%	93,8%	89,5%	96,2%	100,0%	96,6%	
FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Particular	PRAIS		
Si	5,9%	4,7%					3,4%
No	94,1%	95,3%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	96,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.48
¿Informó del problema que tuvo en el establecimiento?

	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	FONASA A	FONASA B	Total
Si		100,0%			66,7%	50,0%
No	100,0%		100,0%	100,0%	33,3%	50,0%

Cuadro N° 5.49
¿Su problema fue solucionado?

	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	FONASA A	FONASA B	Total
Si		100,0%			66,7%	50,0%
No	100,0%		100,0%	100,0%	33,3%	50,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 5.50

Usando la escala de notas de 1 a 7, ¿qué tan satisfecho/a quedó con la capacidad del establecimiento de salud para dar solución a sus problemas?

	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Total
Satisfacción Media	100,0%		100,0%	50,0%
Satisfacción Alta		100,0%		50,0%
<hr/>				
	FONASA A	FONASA B	Total	
Satisfacción Media	100,0%	33,3%	50,0%	
Satisfacción Alta		66,7%	50,0%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

6 HPH

6.1 Descripción de la Muestra

Cuadro N° 6.1

Encuestados según comuna de residencia y consultorio de APS al que están inscritos

	La Granja	La Pintana	San Ramón	Total
Cecof	3,3%			0,7%
El Roble		24,3%		11,7%
Flor Fernández		14,3%		6,9%
Gabriela Mistral	3,3%		22,2%	7,6%
Granja Sur	23,3%			4,8%
La Bandera			28,9%	9,0%
La Granja	26,7%			5,5%
Malaquías Concha	40,0%			8,3%
Modelo			24,4%	7,6%
Pablo de Rocka		17,1%	2,2%	9,0%
San Rafael		21,4%		10,3%
San Ramón			22,2%	6,9%
Stgo. Nva. Extremadura	3,3%	7,1%		4,1%
Sto. Tomás		15,7%		7,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.2 Satisfacción con el Sistema de Salud

Cuadro N° 6.2

Considerando toda su experiencia con el sistema de salud y las necesidades que Ud. tiene de atención de salud, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio que le presta el Sistema de Salud.

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%		2,8%	2,1%
Satisfacción Media		41,4%	43,2%	52,8%	27,8%	39,3%
Satisfacción Alta	100,0%	58,6%	51,4%	47,2%	69,4%	58,6%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		10,5%	2,5%			2,1%
Satisfacción Media	33,9%	42,1%	60,0%	20,0%	14,3%	39,3%
Satisfacción Alta	66,1%	47,4%	37,5%	80,0%	85,7%	58,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.3

Considerando todo lo que Ud. ha invertido para atender sus necesidades de salud, ya sea en dinero o en tiempo personal, ¿qué tan satisfecho está usted con el servicio que recibe del Sistema de Salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%		2,8%	2,1%
Satisfacción Media		44,8%	37,8%	44,4%	22,2%	35,2%
Satisfacción Alta	100,0%	55,2%	56,8%	55,6%	75,0%	62,8%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		10,5%	2,5%			2,1%
Satisfacción Media	30,5%	26,3%	55,0%	25,0%	14,3%	35,2%
Satisfacción Alta	69,5%	63,2%	42,5%	75,0%	85,7%	62,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.4
Índice de Satisfacción Global con el Sistema de Salud

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	5,4%	0,0%	2,8%	2,1%
Satisfacción Media	0,0%	48,3%	45,9%	52,8%	27,8%	41,4%
Satisfacción Alta	100,0%	51,7%	48,6%	47,2%	69,4%	56,6%

6.3 Imagen del Sistema de Salud

Cuadro N° 6.5
El Sistema de Salud Es moderno

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,8%			0,7%
Satisfacción Media	16,7%	41,4%	50,0%	41,2%	20,6%	37,4%
Satisfacción Alta	83,3%	58,6%	47,2%	58,8%	79,4%	61,9%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja			2,6%			0,7%
Satisfacción Media	26,8%	38,9%	56,4%	31,6%	28,6%	37,4%
Satisfacción Alta	73,2%	61,1%	41,0%	68,4%	71,4%	61,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.6
El Sistema de Salud Brinda seguridad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%			1,4%
Satisfacción Media		34,5%	27,0%	38,9%	22,2%	29,0%
Satisfacción Alta	100,0%	65,5%	67,6%	61,1%	77,8%	69,7%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		5,3%	2,5%			1,4%
Satisfacción Media	27,1%	26,3%	40,0%	15,0%	28,6%	29,0%
Satisfacción Alta	72,9%	68,4%	57,5%	85,0%	71,4%	69,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.7
El Sistema de Salud Es rápido en los tiempos de espera para ser atendido

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		10,3%	21,6%	19,4%	8,3%	14,5%
Satisfacción Media	71,4%	82,8%	64,9%	72,2%	47,2%	66,2%
Satisfacción Alta	28,6%	6,9%	13,5%	8,3%	44,4%	19,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	11,9%	10,5%	27,5%		14,3%	14,5%
Satisfacción Media	59,3%	73,7%	67,5%	75,0%	71,4%	66,2%
Satisfacción Alta	28,8%	15,8%	5,0%	25,0%	14,3%	19,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.8
El Sistema de Salud Es eficiente

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%			1,4%
Satisfacción Media	42,9%	44,8%	54,1%	58,3%	25,0%	45,5%
Satisfacción Alta	57,1%	55,2%	40,5%	41,7%	75,0%	53,1%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		5,3%	2,5%			1,4%
Satisfacción Media	33,9%	52,6%	67,5%	35,0%	28,6%	45,5%
Satisfacción Alta	66,1%	42,1%	30,0%	65,0%	71,4%	53,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.9
El Sistema de Salud Tiene un buen nivel de tecnología

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			3,3%			0,8%
Satisfacción Media	14,3%	40,7%	30,0%	37,1%	17,6%	30,1%
Satisfacción Alta	85,7%	59,3%	66,7%	62,9%	82,4%	69,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		5,3%				0,8%
Satisfacción Media	25,5%	31,6%	47,1%	11,1%	28,6%	30,1%
Satisfacción Alta	74,5%	63,2%	52,9%	88,9%	71,4%	69,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.10
El Sistema de Salud Es confiable

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,7%	2,8%		1,4%
Satisfacción Media	14,3%	37,9%	43,2%	47,2%	25,0%	37,2%
Satisfacción Alta	85,7%	62,1%	54,1%	50,0%	75,0%	61,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	5,3%				1,4%
Satisfacción Media	30,5%	26,3%	57,5%	30,0%	28,6%	37,2%
Satisfacción Alta	67,8%	68,4%	42,5%	70,0%	71,4%	61,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.11
El Sistema de Salud Cuenta con una infraestructura adecuada

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,9%			0,8%
Satisfacción Media		42,3%	26,5%	40,6%	22,2%	30,8%
Satisfacción Alta	100,0%	57,7%	70,6%	59,4%	77,8%	68,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		5,3%				0,8%
Satisfacción Media	29,4%	26,3%	41,7%	20,0%	28,6%	30,8%
Satisfacción Alta	70,6%	68,4%	58,3%	80,0%	71,4%	68,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.12
El Sistema de Salud Cumple con mejorar la salud de los chilenos

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			8,7%	6,5%	2,9%	4,5%
Satisfacción Media		52,6%	47,8%	45,2%	29,4%	40,5%
Satisfacción Alta	100,0%	47,4%	43,5%	48,4%	67,6%	55,0%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	4,1%	6,7%	7,7%			4,5%
Satisfacción Media	32,7%	26,7%	61,5%	40,0%	50,0%	40,5%
Satisfacción Alta	63,3%	66,7%	30,8%	60,0%	50,0%	55,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.13
El Sistema de Salud Llega a todas las personas

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		25,0%	17,6%	12,5%	14,3%	15,9%
Satisfacción Media	33,3%	31,3%	35,3%	54,2%	35,7%	39,8%
Satisfacción Alta	66,7%	43,8%	47,1%	33,3%	50,0%	44,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	13,5%	8,3%	20,0%	33,3%		15,9%
Satisfacción Media	35,1%	50,0%	44,0%	44,4%	20,0%	39,8%
Satisfacción Alta	51,4%	41,7%	36,0%	22,2%	80,0%	44,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.14
El Sistema de Salud Entrega una atención de calidad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			5,4%	2,9%		2,1%
Satisfacción Media		37,0%	45,9%	44,1%	22,2%	35,5%
Satisfacción Alta	100,0%	63,0%	48,6%	52,9%	77,8%	62,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	5,6%	2,6%			2,1%
Satisfacción Media	27,6%	22,2%	61,5%	26,3%	14,3%	35,5%
Satisfacción Alta	70,7%	72,2%	35,9%	73,7%	85,7%	62,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.15
Índice de Evaluación: Imagen del Sistema de Salud

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja	0,0%	0,0%	8,1%	5,6%	2,8%	4,1%
Satisfacción Media	57,1%	89,7%	73,0%	69,4%	44,4%	67,6%
Satisfacción Alta	42,9%	10,3%	18,9%	25,0%	52,8%	28,3%

6.4 Pre - Atención

Cuadro N° 6.16
¿Cómo obtuvo la hora para que lo/a atendieran hoy?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Llamó por teléfono		3,4%	2,7%			1,4%
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	42,9%	20,7%	10,8%	16,7%	22,2%	18,6%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	14,3%	34,5%	32,4%	36,1%	33,3%	33,1%
Viene en interconsulta	42,9%	41,4%	54,1%	47,2%	44,4%	46,9%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Llamó por teléfono			5,0%			1,4%
Se la dieron de inmediato en el Centro de Salud	22,0%	15,8%	15,0%	20,0%	14,3%	18,6%
La había venido a sacar / se la dieron con anterioridad	30,5%	47,4%	30,0%	30,0%	42,9%	33,1%
Viene en interconsulta	47,5%	36,8%	50,0%	50,0%	42,9%	46,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.17
¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		10,3%	8,1%	8,3%	5,6%	7,6%
Satisfacción Media	14,3%	58,6%	67,6%	63,9%	47,2%	57,2%
Satisfacción Alta	85,7%	31,0%	24,3%	27,8%	47,2%	35,2%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,1%	5,3%	15,0%		14,3%	7,6%
Satisfacción Media	47,5%	63,2%	70,0%	70,0%	14,3%	57,2%

Satisfacción Alta	47,5%	31,6%	15,0%	30,0%	71,4%	35,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.18

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que lo/a derivaron desde el Centro de Salud (atención primaria)? (en días)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Hasta 1 semana	14,3%	3,4%	2,7%		2,8%	2,8%
Entre 1 y 2 semanas	14,3%	3,4%	13,5%	11,1%	11,1%	10,3%
Entre 2 y 3 semanas	42,9%	27,6%	21,6%	22,2%	30,6%	26,2%
Entre 3 y 5 semanas	28,6%	37,9%	29,7%	13,9%	33,3%	28,3%
Entre 5 y 7 semanas		6,9%	18,9%	8,3%	8,3%	10,3%
Entre 7 y 10 semanas		3,4%	8,1%	16,7%	8,3%	9,0%
entre 10 y 14 semanas		3,4%		11,1%		3,4%
Entre 14 y 29 semanas		10,3%	5,4%	13,9%	5,6%	8,3%
Más de 29 semanas		3,4%		2,8%		1,4%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Hasta 1 semana	3,4%	5,3%	2,5%			2,8%
Entre 1 y 2 semanas	10,2%	10,5%	2,5%	30,0%		10,3%
Entre 2 y 3 semanas	28,8%	36,8%	17,5%	10,0%	71,4%	26,2%
Entre 3 y 5 semanas	32,2%	10,5%	27,5%	40,0%	14,3%	28,3%
Entre 5 y 7 semanas	6,8%	15,8%	12,5%	15,0%		10,3%
Entre 7 y 10 semanas	10,2%	10,5%	12,5%			9,0%
entre 10 y 14 semanas	1,7%		5,0%	5,0%	14,3%	3,4%
Entre 14 y 29 semanas	5,1%	10,5%	17,5%			8,3%
Más de 29 semanas	1,7%		2,5%			1,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.19

¿Me podría decir que tan satisfecho/a se encuentra usted con la hora de atención que obtuvo en cuanto a la forma, la rapidez y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		10,3%	8,1%	8,3%	5,6%	7,6%
Satisfacción Media	14,3%	58,6%	67,6%	63,9%	47,2%	57,2%
Satisfacción Alta	85,7%	31,0%	24,3%	27,8%	47,2%	35,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	¿qué previsión tiene Ud.?					Total
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,1%	5,3%	15,0%		14,3%	7,6%
Satisfacción Media	47,5%	63,2%	70,0%	70,0%	14,3%	57,2%
Satisfacción Alta	47,5%	31,6%	15,0%	30,0%	71,4%	35,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.5 Atención

6.5.1 Personal Auxiliar

Cuadro N° 6.20

La cantidad de personal auxiliar disponible para atenderlo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja					6,5%	1,5%
Satisfacción Media	20,0%	25,9%	39,4%	55,6%	41,9%	40,9%
Satisfacción Alta	80,0%	74,1%	60,6%	44,4%	51,6%	57,6%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,9%	5,9%				1,5%
Satisfacción Media	47,2%	35,3%	46,2%	25,0%	14,3%	40,9%
Satisfacción Alta	50,9%	58,8%	53,8%	75,0%	85,7%	57,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.21
La amabilidad y cortesía del personal auxiliar

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	5,4%	5,6%		3,4%
Satisfacción Media		48,3%	32,4%	44,4%	19,4%	33,8%
Satisfacción Alta	100,0%	48,3%	62,2%	50,0%	80,6%	62,8%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	10,5%	5,0%			3,4%
Satisfacción Media	27,1%	26,3%	52,5%	30,0%	14,3%	33,8%
Satisfacción Alta	71,2%	63,2%	42,5%	70,0%	85,7%	62,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.22
La capacidad para responder sus consultas (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	5,4%	5,6%		3,4%
Satisfacción Media	14,3%	51,7%	32,4%	52,8%	25,0%	38,6%
Satisfacción Alta	85,7%	44,8%	62,2%	41,7%	75,0%	57,9%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	10,5%	5,0%			3,4%
Satisfacción Media	32,2%	26,3%	57,5%	40,0%	14,3%	38,6%
Satisfacción Alta	66,1%	63,2%	37,5%	60,0%	85,7%	57,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.23
El interés para dar soluciones a los problemas (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		10,3%	5,4%	8,3%		5,5%
Satisfacción Media	14,3%	41,4%	37,8%	52,8%	30,6%	39,3%
Satisfacción Alta	85,7%	48,3%	56,8%	38,9%	69,4%	55,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,1%	10,5%	7,5%			5,5%
Satisfacción Media	33,9%	26,3%	57,5%	40,0%	14,3%	39,3%
Satisfacción Alta	61,0%	63,2%	35,0%	60,0%	85,7%	55,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.24
La preocupación y dedicación entregada (del personal auxiliar)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		10,3%	8,1%	8,3%		6,2%
Satisfacción Media	14,3%	41,4%	35,1%	55,6%	27,8%	38,6%
Satisfacción Alta	85,7%	48,3%	56,8%	36,1%	72,2%	55,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,1%	10,5%	10,0%			6,2%
Satisfacción Media	33,9%	26,3%	55,0%	40,0%	14,3%	38,6%
Satisfacción Alta	61,0%	63,2%	35,0%	60,0%	85,7%	55,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.25

Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal auxiliar?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		6,9%	5,4%	5,6%		4,1%
Satisfacción Media	14,3%	44,8%	37,8%	58,3%	25,0%	40,0%
Satisfacción Alta	85,7%	48,3%	56,8%	36,1%	75,0%	55,9%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	3,4%	10,5%	5,0%			4,1%
Satisfacción Media	33,9%	26,3%	60,0%	40,0%	14,3%	40,0%
Satisfacción Alta	62,7%	63,2%	35,0%	60,0%	85,7%	55,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.26
Índice de Satisfacción: Personal Auxiliar

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja	0,0%	6,9%	8,1%	8,3%	2,8%	6,2%
Satisfacción Media	14,3%	48,3%	43,2%	58,3%	38,9%	45,5%
Satisfacción Alta	85,7%	44,8%	48,6%	33,3%	58,3%	48,3%

6.5.2 Personal Profesional

Cuadro N° 6.27
La cantidad de personal profesional disponible para atenderlo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,8%	3,7%	3,1%	3,6%	3,4%
Satisfacción Media		50,0%	66,7%	68,8%	46,4%	55,9%
Satisfacción Alta	100,0%	46,2%	29,6%	28,1%	50,0%	40,7%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	6,3%		2,9%			3,4%
Satisfacción Media	50,0%	56,3%	68,6%	69,2%		55,9%
Satisfacción Alta	43,8%	43,8%	28,6%	30,8%	100,0%	40,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.28
La capacidad para explicar su estado/enfermedad y el tratamiento (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	8,3%		3,4%
Satisfacción Media		6,9%	27,0%	22,2%	22,2%	19,3%
Satisfacción Alta	100,0%	89,7%	70,3%	69,4%	77,8%	77,2%
<hr/>						
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		10,5%	5,0%	5,0%		3,4%
Satisfacción Media	20,3%	15,8%	25,0%	15,0%		19,3%
Satisfacción Alta	79,7%	73,7%	70,0%	80,0%	100,0%	77,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.29
La amabilidad y cortesía (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	2,8%	2,8%	2,8%
Satisfacción Media		6,9%	13,5%	22,2%	16,7%	14,5%
Satisfacción Alta	100,0%	89,7%	83,8%	75,0%	80,6%	82,8%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	10,5%	2,5%			2,8%
Satisfacción Media	13,6%	15,8%	17,5%	15,0%		14,5%
Satisfacción Alta	84,7%	73,7%	80,0%	85,0%	100,0%	82,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.30
La preocupación y dedicación entregada (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	8,3%	2,8%	4,1%
Satisfacción Media		6,9%	21,6%	25,0%	22,2%	18,6%
Satisfacción Alta	100,0%	89,7%	75,7%	66,7%	75,0%	77,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	3,4%	10,5%	5,0%			4,1%
Satisfacción Media	16,9%	15,8%	25,0%	20,0%		18,6%
Satisfacción Alta	79,7%	73,7%	70,0%	80,0%	100,0%	77,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.31
La disposición a atender sus dudas y consultas (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	8,3%	2,8%	4,1%
Satisfacción Media		17,2%	27,0%	22,2%	22,2%	21,4%
Satisfacción Alta	100,0%	79,3%	70,3%	69,4%	75,0%	74,5%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	3,4%	10,5%	5,0%			4,1%
Satisfacción Media	20,3%	15,8%	30,0%	20,0%		21,4%
Satisfacción Alta	76,3%	73,7%	65,0%	80,0%	100,0%	74,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.32
La explicación de los exámenes que debe realizarse (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		6,9%	2,8%	5,7%		3,5%
Satisfacción Media		27,6%	33,3%	28,6%	30,6%	28,7%
Satisfacción Alta	100,0%	65,5%	63,9%	65,7%	69,4%	67,8%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	11,1%	5,1%			3,5%
Satisfacción Media	25,4%	16,7%	46,2%	25,0%		28,7%
Satisfacción Alta	72,9%	72,2%	48,7%	75,0%	100,0%	67,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.33
El tiempo dedicado a atenderlo (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		10,3%	10,8%	11,1%	5,6%	9,0%
Satisfacción Media		37,9%	35,1%	30,6%	33,3%	32,4%
Satisfacción Alta	100,0%	51,7%	54,1%	58,3%	61,1%	58,6%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	6,8%	10,5%	12,5%	10,0%		9,0%
Satisfacción Media	27,1%	36,8%	47,5%	25,0%		32,4%
Satisfacción Alta	66,1%	52,6%	40,0%	65,0%	100,0%	58,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.34
La confianza que le generó (del personal profesional)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	2,8%		2,1%
Satisfacción Media		20,7%	27,0%	33,3%	25,0%	25,5%
Satisfacción Alta	100,0%	75,9%	70,3%	63,9%	75,0%	72,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	10,5%				2,1%
Satisfacción Media	23,7%	21,1%	37,5%	20,0%		25,5%
Satisfacción Alta	74,6%	68,4%	62,5%	80,0%	100,0%	72,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.35

Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a está usted con la atención del personal profesional?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	2,8%	2,8%	2,8%
Satisfacción Media		17,2%	27,0%	33,3%	22,2%	24,1%
Satisfacción Alta	100,0%	79,3%	70,3%	63,9%	75,0%	73,1%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	10,5%	2,5%			2,8%
Satisfacción Media	23,7%	21,1%	32,5%	20,0%		24,1%
Satisfacción Alta	74,6%	68,4%	65,0%	80,0%	100,0%	73,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.36
Índice de Satisfacción: Personal Profesional

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja	0,0%	3,4%	2,7%	11,1%	2,8%	4,8%
Satisfacción Media	0,0%	34,5%	51,4%	38,9%	30,6%	37,2%
Satisfacción Alta	100,0%	62,1%	45,9%	50,0%	66,7%	57,9%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	Total
Satisfacción Baja	3,4%	10,5%	5,0%	5,0%	0,0%	4,8%
Satisfacción Media	30,5%	26,3%	67,5%	20,0%	0,0%	37,2%
Satisfacción Alta	66,1%	63,2%	27,5%	75,0%	100,0%	57,9%

6.5.3 *Tiempo de Espera*

Cuadro N° 6.37

El tiempo que tuvo que esperar desde la hora de citación hasta que lo/a atendieran

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		6,9%	10,8%	19,4%	8,3%	11,0%
Satisfacción Media	28,6%	72,4%	59,5%	52,8%	30,6%	51,7%
Satisfacción Alta	71,4%	20,7%	29,7%	27,8%	61,1%	37,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	8,5%	10,5%	15,0%	10,0%	14,3%	11,0%
Satisfacción Media	42,4%	57,9%	70,0%	50,0%	14,3%	51,7%
Satisfacción Alta	49,2%	31,6%	15,0%	40,0%	71,4%	37,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.38

El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido/a por primera vez en este hospital desde que lo derivaron de la atención primaria

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		13,8%	13,5%	11,1%	8,3%	11,0%
Satisfacción Media	14,3%	65,5%	51,4%	61,1%	30,6%	49,7%
Satisfacción Alta	85,7%	20,7%	35,1%	27,8%	61,1%	39,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	8,5%	5,3%	22,5%		14,3%	11,0%
Satisfacción Media	39,0%	52,6%	60,0%	70,0%	14,3%	49,7%
Satisfacción Alta	52,5%	42,1%	17,5%	30,0%	71,4%	39,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.39

¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran desde la hora en que tenía citación? (en minutos)

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Hasta 30 minutos	85,7%	24,1%	37,8%	36,1%	66,7%	44,1%
Entre 30 min y 1 hr		55,2%	35,1%	36,1%	22,2%	34,5%
Entre 1 hr y 1,5 hrs		10,3%	16,2%	11,1%	2,8%	9,7%
Entre 1,5 hrs y 2 hrs	14,3%	6,9%	10,8%	16,7%	5,6%	10,3%
Entre 2,5 hrs y 3 hrs		3,4%			2,8%	1,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Hasta 30 minutos	55,9%	52,6%	20,0%	40,0%	71,4%	44,1%
Entre 30 min y 1 hr	27,1%	31,6%	45,0%	50,0%		34,5%
Entre 1 hr y 1,5 hrs	5,1%		27,5%			9,7%
Entre 1,5 hrs y 2 hrs	10,2%	10,5%	7,5%	10,0%	28,6%	10,3%
Entre 2,5 hrs y 3 hrs	1,7%	5,3%				1,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.40

Índice de Satisfacción: Tiempo de Espera

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja	0,0%	13,8%	16,2%	19,4%	8,3%	13,8%
Satisfacción Media	28,6%	69,0%	62,2%	55,6%	30,6%	52,4%
Satisfacción Alta	71,4%	17,2%	21,6%	25,0%	61,1%	33,8%

6.6 Infraestructura

Las diferencias, aunque significativas, son pequeñas, tanto según previsión, como según edad, por lo que no se incluyen las tablas en el presente Anexo. Se hace entrega de las bases de datos para indagar en aquellos aspectos que se consideren necesarios.

6.7 Áreas de Apoyo

Cuadro N° 6.41
Áreas de Apoyo: La atención telefónica al solicitar la hora

	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja	25,0%	37,5%	33,3%	12,5%	27,3%
Satisfacción Media	75,0%	50,0%	55,6%	12,5%	48,5%
Satisfacción Alta		12,5%	11,1%	75,0%	24,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	
Satisfacción Baja	33,3%	16,7%	30,0%	20,0%	27,3%
Satisfacción Media	25,0%	50,0%	70,0%	60,0%	48,5%
Satisfacción Alta	41,7%	33,3%		20,0%	24,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.42
Áreas de Apoyo: La atención en Admisión – SOME

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,9%	2,8%		1,4%
Satisfacción Media		34,5%	31,4%	36,1%	11,4%	26,8%
Satisfacción Alta	100,0%	65,5%	65,7%	61,1%	88,6%	71,8%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	1,7%	5,6%				1,4%
Satisfacción Media	18,6%	22,2%	44,7%	25,0%	14,3%	26,8%
Satisfacción Alta	79,7%	72,2%	55,3%	75,0%	85,7%	71,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.43
Áreas de Apoyo: La orientación de la oficina de informaciones – OIRS

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		4,3%	3,4%			1,7%
Satisfacción Media		26,1%	24,1%	34,5%	9,7%	22,2%
Satisfacción Alta	100,0%	69,6%	72,4%	65,5%	90,3%	76,1%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		6,3%	3,2%			1,7%
Satisfacción Media	19,1%	18,8%	32,3%	16,7%	20,0%	22,2%
Satisfacción Alta	80,9%	75,0%	64,5%	83,3%	80,0%	76,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.44
Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿cuán satisfecho/a quedó usted en esta oportunidad con las áreas de apoyo del Centro de Salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja			2,8%			0,7%
Satisfacción Media		31,0%	27,8%	36,1%	11,1%	25,0%
Satisfacción Alta	100,0%	69,0%	69,4%	63,9%	88,9%	74,3%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja		5,3%				0,7%
Satisfacción Media	18,6%	21,1%	41,0%	20,0%	14,3%	25,0%
Satisfacción Alta	81,4%	73,7%	59,0%	80,0%	85,7%	74,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.45
Índice de Satisfacción: Áreas de Apoyo

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total
Satisfacción Baja	0,0%	3,4%	5,4%	5,6%	2,8%	4,1%
Satisfacción Media	0,0%	34,5%	32,4%	47,2%	8,3%	29,0%
Satisfacción Alta	100,0%	62,1%	62,2%	47,2%	88,9%	66,9%

6.8 Post - Atención

Cuadro N° 6.46

Cuán satisfecho está en cuanto a: La información que le entregaron para continuar su tratamiento o indicaciones generales después de la consulta

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Media		6,9%	21,6%	20,0%	11,1%	14,6%
Satisfacción Alta	100,0%	93,1%	78,4%	80,0%	88,9%	85,4%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Media	10,2%	15,8%	25,6%	10,0%		14,6%
Satisfacción Alta	89,8%	84,2%	74,4%	90,0%	100,0%	85,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.9 Satisfacción Global Posterior

Cuadro N° 6.47

Considerando ahora toda su experiencia y los aspectos de servicio que hemos conversado, por favor indíquenos cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está usted con el servicio recibido en esta oportunidad

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Satisfacción Baja		3,4%	2,7%	5,6%	5,6%	4,1%
Satisfacción Media		24,1%	29,7%	25,0%	8,3%	20,7%
Satisfacción Alta	100,0%	72,4%	67,6%	69,4%	86,1%	75,2%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Satisfacción Baja	5,1%	10,5%	2,5%			4,1%
Satisfacción Media	11,9%	10,5%	45,0%	15,0%		20,7%
Satisfacción Alta	83,1%	78,9%	52,5%	85,0%	100,0%	75,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.10 Solución de Problemas

Cuadro N° 6.48
¿Sabe cómo hacer para presentar un reclamo?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Si	42,9%	69,0%	54,1%	69,4%	69,4%	64,1%
No	57,1%	31,0%	45,9%	30,6%	30,6%	35,9%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Si	67,8%	57,9%	52,5%	75,0%	85,7%	64,1%
No	32,2%	42,1%	47,5%	25,0%	14,3%	35,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.49
¿Me podría mencionar si ha tenido usted algún problema en este establecimiento de salud?

	Menor de 18 años	Entre 19 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	
Si			13,5%	19,4%	8,6%	10,4%
No	100,0%	100,0%	86,5%	80,6%	91,4%	89,6%
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	PRAIS	
Si	6,9%	15,8%	15,0%	10,0%		10,4%
No	93,1%	84,2%	85,0%	90,0%	100,0%	89,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.50
¿Informó del problema que tuvo en el establecimiento?

	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Si	40,0%	71,4%	25,0%	50,0%	
No	60,0%	28,6%	75,0%	50,0%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Total
Si	60,0%	33,3%	33,3%	100,0%	50,0%
No	40,0%	66,7%	66,7%		50,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.51
¿Su problema fue solucionado?

	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Si	33,3%	33,3%	50,0%	36,4%	
No	66,7%	66,7%	50,0%	63,6%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Total
Si	50,0%			100,0%	36,4%
No	50,0%	100,0%	100,0%		63,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 6.52

Usando la escala de notas de 1 a 7, ¿qué tan satisfecho/a quedó con la capacidad del establecimiento de salud para dar solución a sus problemas?

	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 60 años	Mayor de 61 años	Total	
Satisfacción Baja	66,7%	50,0%		45,5%	
Satisfacción Media	33,3%	16,7%	50,0%	27,3%	
Satisfacción Alta		33,3%	50,0%	27,3%	
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	Total
Satisfacción Baja	25,0%	50,0%	100,0%		45,5%
Satisfacción Media	50,0%			50,0%	27,3%
Satisfacción Alta	25,0%	50,0%		50,0%	27,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

